Angiología. 2011;**63(Esp Cong)**:18-31

Angiología

www.elsevier.es/angiología

Comunicaciones del Capítulo de Cirugía Endovascular de la SEACV

COMUNICACIONES ORALES

1.ª Sesión
Jueves, 2 de junio (10:00-10:30 h)

C85. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMAS MEDIANTE ACCESO PERCUTÁNEO

B. Merino Díaz, V. Gutiérrez Alonso, J.A. González Fajardo, A. Revilla Calavia, J. Taylor y C. Vaquero Puerta

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Objetivos: Los avances terapéuticos en endoprótesis aórticas han conducido al aumento de la práctica del tratamiento endovascular percutáneo de los aneurismas (EVAR-P). Nuestro objetivo es comparar la tasa de éxito y complicaciones entre el tratamiento endovascular de los aneurismas mediante abordaje inguinal abierto (EVAR-A) y el EVAR-P mediante el empleo de Prostar®.
Material y métodos: Estudio prospectivo, aleatorizado y ciego de los pacientes intervenidos en nuestro servicio de forma programada mediante EVAR durante el año 2010. Asignación aleatorizada en dos grupos: EVAR-P y EVAR-A. Las principales variables registradas fueron: tasa de éxito global y complicaciones locorregionales (hematoma, pseudoaneurisma, infección o dehiscencia). Se consideró éxito técnico la realización satisfactoria del abordaje inguinal asignado. Las variables secundarias registradas incluyeron: tiempo operatorio, endoprótesis empleada, estancia postoperatoria y necesidad de transfusión perioperatoria.
Resultados: 74 pacientes intervenidos. Endoprótesis empleadas: Endurant® en el 32,4%, Zenith® en el 29,8%, Anaconda® en el 27%, Captivia® en el 5,4% y E-Vita® en el 5,4%. 148 abordajes inguinales: 72 asignados al grupo EVAR-A y 76 al EVAR-P. Realización de abordaje inguinal abierto en 16 asignados al EVAR-P (debido a cicatriz previa en 2 abordajes, obesidad en 6 y calcificación arterial/arteriopatía en 8). Tasa de éxito técnico del cierre percutáneo del 93,33%. La tasa de complicaciones locales en el grupo EVAR-A fue del 4,2% frente al 4,4% en el grupo EVAR-P, sin existir diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,37$). No se registraron diferencias en cuanto al tiempo operatorio entre EVAR-A y EVAR-P (90,71 ± 34,69 vs 84,38 ± 19,82 minutos, $p = 0,16$). La estancia hospitalaria postoperatoria fue semejante en ambos grupos: 4,89 ± 1,37 días en grupo EVAR-A vs 4,56 ± 1,94 en EVAR-P ($p = 0,32$). Ausencia de diferencias en cuanto a transfusión (0,21 ± 0,92 vs 0,17 ± 0,71 unidades, $p = 0,13$).
Comentarios y conclusiones: El EVAR-P parece seguro en pacientes seleccionados, con escasas complicaciones locales asociadas. No conlleva una disminución del tiempo quirúrgico ni de la estancia postoperatoria con respecto al EVAR-A. No obstante, se trata de un estudio abierto, siendo preciso el incremento del tamaño muestral así como del tiempo de reclutamiento para establecer conclusiones más sólidas.

C89. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL DISPOSITIVO DE CIERRE ARTERIAL PROSTAR XL EN EL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR PERCUTÁNEO DE LA PATOLOGÍA ANEURISMÁTICA AORTO-ILÍACA

G. Urbino, M. Mellado Joan, C. Llort Pont, L. Calsina Juscafresa, A. Velescu Velescu, F. Castro Bolance y F. Vidal-Barraquer Mayol

Hospital del Mar, Barcelona.

Objetivos: Evaluar la eficacia y seguridad del dispositivo de cierre femoral Prostar XL (Abbott) en el tratamiento íntegramente percutáneo de la patología aneurismática aortoilíaca.
Material y métodos: Estudio retrospectivo sobre 112 accesos femorales percutáneos consecutivos (2006-11) realizados en 61 pacientes (edad media 75.6 años; 91.8% varones) en el tratamiento endovascular de patología aneurismática torácica (12.8%), abdominal (67.1%), torácica + abdominal (1.4%) e ilíaca (18.5%), mediante endoprótesis de perfiles comprendidos entre 14 y 24 F. Se valoró el éxito técnico del cierre percutáneo y sus complicaciones precoces y tardías.
Resultados: De los 112 dispositivos utilizados, uno requirió un segundo Prostar y 10 precisaron reconversión quirúrgica abierta. De estos, siete fueron por hemostasia insuficiente y tres por problemas relacionados con el introductor de la endoprótesis y en los que la efectividad del dispositivo de cierre no pudo ser evaluada. El éxito técnico primario atribuible al Prostar XL fue del 92,7% (101/109), no mostrando relación alguna con el diámetro del introductor o con efecto de aprendizaje. No se registraron complicaciones femorales

0003-3170/$ - see front matter © 2011 Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

precoces ni tardías con un seguimiento medio por TAC de 534 días en el 84,3% de los casos.
Comentarios y conclusiones: El cierre arterial mediante dispositivo Prostar XL constituye una técnica eficaz y segura para el tratamiento íntegramente percutáneo de la patología aneurismática aorto-ilíaca.

C81. APLICABILIDAD Y CONTROL DE CALIDAD DE LA PUNCIÓN HUMERAL EN LOS PROCEDIMIENTOS ENDOVASCULARES

L. Calsina Juscafresa, E. Mateos Torres, A. Velescu, G. Urbino, K.A. Guevara Noriega, L. Roig Santamaría y A. Clará Velasco

Hospital del Mar, Barcelona.

Objetivos: La punción humeral ha sido considerada durante años como abordaje de recurso por su elevada tasa de complicaciones (7-11%). La progresiva disponibilidad de material largo y de perfil reducido está revitalizando el interés por este abordaje. Este estudio pretende evaluar nuestra experiencia en este tipo de acceso endovascular.
Material y métodos: Estudio retrospectivo sobre 237 pacientes consecutivos (edad media 68,5 años; 89,5% varones) a los que se realizaron 168 procedimientos diagnósticos (70,9%) y 69 terapéuticos (29,1%), vía humeral, utilizando micropunción (100%) y compresión manual (100%) entre 2003 y 2009. Se recogieron datos demográficos y clínicos y se crearon posteriormente curvas CUSUM para evaluar efectos de aprendizaje y de control de calidad. Análisis estadístico: test de Fisher y chi-cuadrado.
Resultados: El 99,6% de los procedimientos fue completado de acuerdo a su intencionalidad original. La tasa global de complicaciones fue del 5,5% (5 pseudoaneurismas (2,11%), 4 AIT/AVC (1,69%), 3 oclusiones del punto de punción (1,26%) y 1 taponamiento cardíaco (0,42%)), requiriendo cuatro pacientes (30,8%) tratamiento quirúrgico. No se observaron diferencias significativas entre sexos. Las curvas CUSUM mostraron dos inflexiones ascendentes estadísticamente significativas a un riesgo inherente del 2% durante la fase inicial de los procedimientos diagnósticos ($p = 0,043$) y la tardía de los terapéuticos ($p = 0,018$).
Comentarios y conclusiones: El acceso endovascular humeral constituye una alternativa plausible y eficaz al femoral cuando este no es posible. Aún registrando una tasa de complicaciones adecuada, la creación de curvas CUSUM a un riesgo inherente reducido permite identificar efectos de aprendizaje y otras inflexiones ascendentes que obligan a futuros análisis.

2.ª Sesión
Jueves, 2 de junio (11:00-12:30 h)

C100. EXPERIENCIA EN HEMATOMA INTRAMURAL AÓRTICO. RESULTADOS FRENTE A TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LA DISECCIÓN DE AORTA

D. Fernández Caballero, A. Fernández Heredero, C. Mendieta Azcona, A. Salazar Álvarez, J. Álvarez García, L. Riera del Moral y L. Riera de Cubas

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Objetivos: El hematoma intramural (HIM) es un tipo de patología de la aorta muy infrecuente. Puede llegar a ser el paso previo a una disección aórtica clásica. Nuestro objetivo consiste en evaluar los resultados de los pacientes tratados de HIM tipo B frente a los de DA tipo B en nuestra institución.
Material y métodos: Se realiza un análisis retrospectivo de los pacientes tratados de HIM y DA tipo B, intervenidos mediante procedimientos endovasculares entre 1997 y 2010. Se trataron 12 pacientes con HIM tipo B y 28 pacientes con DA tipo B. De los 40 pacientes tratados, 33 eran hombres y 7 mujeres. La edad media de los pacientes fue de 74 años. El 87% eran hipertensos y el 67% cardiópatas. Se realizaron 33 procedimientos programados y 7 urgentes. Se tienen en cuenta los factores de riesgo, la anatomía de la lesión, el tiempo de evolución, el éxito inicial del procedimiento y el seguimiento a medio plazo. Para la obtención de los resultados se hizo un análisis por intención de tratar, cálculo actuarial de Kaplan-Meier y el análisis por grupos mediante log-rank.
Resultados: El seguimiento medio fue de 24,8 meses. El éxito técnico inicial fue del 96% en el grupo de HIM y del 92% en las DA. La supervivencia en el grupo de HIM fue del 87% a los 48 meses, sin encontrar fugas. En las DA tipo B encontramos una supervivencia del 77% a los 14 meses. La incidencia de endofugas fue del 8,64%. La supervivencia libre de fugas en este grupo fue del 74,3% a los 36 meses.
Comentarios y conclusiones: El tratamiento endoluminal del HIM se presenta como un procedimiento seguro cuando es técnicamente posible, con tasas de éxito inicial y supervivencia aceptables. Al tratarse de lesiones cortas, más localizadas que la disección clásica, ofrecen mayores garantías de corrección con procedimientos endovasculares (TEVAR). Se necesitan estudios más amplios que comparen el TEVAR del HIM frente a la DA clásica para llegar a conclusiones objetivables.

C98. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR URGENTE DEL SÍNDROME AÓRTICO AGUDO

P. Blanes Ortí, R. Puigmacia Minguell, E. Manuel-Rimbau Muñoz, J. Julia Montoya, M. Blanquer Jerez y P. Lozano Vilardell

Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca.

Objetivos: Analizar la morbimortalidad a medio plazo en la reparación endovascular urgente de la aorta torácica descendente.
Material y métodos: Estudio retrospectivo de 15 casos consecutivos desde enero 2006 a diciembre 2010. Se incluyen 12 hombres y 3 mujeres, con una media de edad de 61,1 años (DE 18,6). Se trataron tres aneurismas sintomáticos de aorta torácica descendente, con un diámetro medio de 7,1 cm (DE 2,5); seis úlceras penetrantes rotas, tres disecciones agudas tipo B y tres roturas traumáticas. Se analizó la supervivencia mediante tablas de Kaplan-Meier. También se registraron la tasa de complicaciones postoperatorias y la tasa de reintervención inmediata.
Resultados: El seguimiento medio fue de 21,1 meses (DE 18,5). La supervivencia global a 30 días fue de 93,3% con una muerte perioperatoria, de causa no relacionada con la patología aórtica. La incidencia de complicaciones fue de 33,3% ($n = 5$): 6,7% ($n = 1$) accidente cerebrovascular agudo, 20% ($n = 3$) de infección respiratoria, 6,7% ($n = 1$) colitis isquémica y 13,3% ($n = 2$) fallo renal agudo. La tasa de reintervención fue del 13,3% ($n = 2$). La supervivencia global a los cinco años fue del 75,8%.
Comentarios y conclusiones: La reparación endovascular de patología urgente de aorta torácica descendente es una técnica segura con buenos resultados a corto y medio plazo.

C96. REPARACIÓN ENDOVASCULAR DE LOS TRAUMATISMOS DE AORTA TORÁCICA

S. González Sánchez, A. Martín Conejero, I. Martínez López, M. Hernando Rydings, A.M. Saiz Jerez, M. Muela Méndez y F.J. Serrano Hernando

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: La rotura traumática de la aorta torácica es una emergencia médica con una mortalidad mayor del 80% sin tratamiento.

El objetivo de nuestro estudio es evaluar los resultados de la exclusión mediante endoprótesis.
Material y métodos: Pacientes con lesión de aorta torácica tras traumatismo con deceleración brusca desde 2005 a 2010. En todos los pacientes se realizó tomografía computarizada. Se clasificaron los casos según la guía de la Sociedad Americana de Cirugía Vascular. Para la exclusión endovascular se utilizaron endoprótesis Valiant (Medtronic®) y TAG (Gore & Associates®). Se realizó control con TC a las 48 horas del procedimiento en 7 casos.
Resultados: Fueron tratados 8 pacientes con lesión a nivel del istmo aórtico. Edad entre 21-65 años. 7 casos (87,5%) fueron varones. Tiempo desde ingreso a cirugía: 12,7 horas. Lesión intervenida: tipo III 7 casos (87,5%) y tipo IV 1 caso (12,5%). Se produjo una muerte durante la implantación (lesión tipo IV) y 2 (25%) durante el postoperatorio precoz por lesiones asociadas. En un paciente fue necesaria la exclusión de la arteria subclavia izquierda (sin requerir revascularización posterior). No hubo ninguna paraplejia. No se evidenciaron endofugas durante el procedimiento ni en el seguimiento.
Comentarios y conclusiones: El tratamiento endovascular de las lesiones traumáticas puede realizarse de forma segura, con baja incidencia de paraplejia y/o ictus. En la mayoría de las ocasiones se trata de hematomas contenidos que permiten realizar un tratamiento diferido en las primeras 24 horas. La mortalidad de los pacientes intervenidos es más frecuente debido a las lesiones asociadas.

C101. RESULTADOS DE 12 AÑOS DE TRATAMIENTO ENDOVASCULAR EN PATOLOGÍA URGENTE DE LA AORTA TORÁCICA

D. Fernández Caballero, J. Álvarez Garcia,
A. Salazar Álvarez, M. Gutiérrez Nistal,
C. Mendieta Azcona, G. Garzón Moll
y L. Riera de Cubas

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Objetivos: Presentar nuestra experiencia de 12 años en el tratamiento endoluminal urgente de patología de la aorta torácica en nuestro centro.
Material y métodos: Análisis retrospectivo de todos los pacientes tratados de patología de aorta torácica urgente en nuestro centro durante el periodo comprendido entre 1998 y 2010. Se trataron 28 pacientes de forma urgente. 23 hombres y 5 mujeres con una edad media de 64,5 años. La patología se dividió en grupos: 12 aneurismas de aorta torácica rotos (AATr), 6 traumatismos, 4 úlcera aórticas penetrantes (UAP), 2 hematomas intramurales (HIM), 4 disecciones tipo B complicadas urgentes (DA). Se recogen los factores de riesgo, éxito inicial, supervivencia y seguimiento a medio plazo con angiotomografía computarizada (angio-TC) según nuestro protocolo de seguimiento. Análisis por intención de tratar y cálculo actuarial de Kaplan-Meier.
Resultados: El éxito técnico inicial fue del 94%, se objetivó una mortalidad precoz a los 30 días del 10% (3 pacientes). La estancia media en la unidad de cuidados intensivos (UCI) fue de 7,48 días. El seguimiento medio fue de 25,6 meses. Se detectaron 5 endofugas durante el seguimiento (tipo I y III). La supervivencia fue del 84,7% a los 48 meses.
Comentarios y conclusiones: A la vista de nuestros resultados y de acuerdo con otras series, el tratamiento endoluminal urgente en patología de la aorta torácica se presenta como un método con buenos resultados cuando es técnicamente factible. Ampliar con seguridad las posibilidades de tratamiento de esta patología potencialmente mortal, ha permitido aumentar la supervivencia en los últimos años.

C75. VALORACIÓN DE LA PARADA CARDÍACA EN EL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DEL ARCO AÓRTICO

M.V. Gastambide Norbis, J.M. Martín Pedrosa, B. Merino Díaz,
A. Revilla Calavia, J.A. González Fajardo, V. Gutiérrez Alonso
y C. Vaquero Puerta

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Objetivos: Las técnicas endovasculares han revolucionado el tratamiento de la aorta torácica, ofreciendo resultados satisfactorios con menor morbi-mortalidad. Sin embargo, cuanto más próximal es la lesión, existen mayores limitaciones para el correcto anclaje de la endoprótesis. Nuestro objetivo es valorar la parada cardíaca en el tratamiento endovascular de aorta torácica (TEVAR), a nivel proximal.
Material y métodos: Desde el 2008 al 2011 se trataron 40 pacientes mediante TEVAR, de los cuales 12 presentaron patología de arco aórtico, por lo que se realizó tratamiento endovascular bajo parada cardíaca inducida con adenosina, a dosis de 1 mg/kg de peso. A todos los pacientes se les implantó marcapasos cardíaco temporal para revertir la asistolia, en caso necesario. Se analizan características demográficas, éxito técnico y morbi-mortalidad perioperatoria.
Resultados: La fijación de la endoprótesis torácica fue en los 12 casos en la zona anatómica Z0 y Z1. El éxito técnico de la parada cardíaca fue de un 100%, con un tiempo medio de 50 ± 3 segundos. La mortalidad perioperatoria fue de 25%. 2 pacientes (16%) requirieron de reversión cardíaca con marcapasos.
Comentarios y conclusiones: La parada cardíaca con adenosina es un procedimiento seguro y efectivo en pacientes seleccionados; que permite asegurar la fijación exacta de la endoprótesis a nivel de aorta torácica proximal.

C93. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LAS TROMBOSIS CRÓNICAS DEL SECTOR VENOSO ILIO-CAVO. PRIMEROS RESULTADOS

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

Hospital Universitario Montepríncipe. Facultad de Medicina. Universidad San Pablo-CEU, Madrid.

Objetivos: La mayoría de síntomas tras una trombosis venosa profunda (TVP) se deben a la afectación del segmento ilíaco. La anticoagulación ha sido el tratamiento estándar de las TVP ilíacas. Solamente un 20% de las TVP ilíacas recanalizan completamente con tratamiento anticoagulante. El 80% restante desarrolla diversos grados de obstrucción del flujo. Presentamos nuestros primeros resultados en el tratamiento endovascular de ésta patología.
Material y métodos: Desde enero del 2010 a marzo del 2011, 17 extremidades en 15 pacientes con TVP ilio-cava crónica y síntomas persistentes-incapacitantes (CEAP ≥ 3) fueron tratadas mediante recanalización, angioplastia e implantación de uno o varios Wallstent cubriendo todo el sector venoso afectado.
Resultados: La media de edad y de tiempo de seguimiento fueron de 47,2 años [30,6-63,8 años] y 6,5 meses [1,2-11,9 meses] respectivamente. Se identificó trombofilia en 4 pacientes. Se consiguió recanalizar el 94% de las extremidades incluyendo pacientes con TVP ilíaca bilateral y con filtro de cava incorporado. A los 5 meses de seguimiento, la permeabilidad secundaria fue del 85,7% [76,3-95,1%]; clínicamente, el 75,6% [65,6-85,6%] mejoró objetivamente incrementando en como mínimo un grado de la escala CEAP y el 70,6% [59,6-81,6%] mejoró subjetivamente dando una valoración entre $+1$ y $+3$ en una escala de -3- $+3$.
Comentarios y conclusiones: Las TVP ilíacas con o sin extensión fémoro-poplítea pueden ser tratadas mediante cirugía endovascular con tasas de éxito elevadas, muy baja morbilidad, y según series

más amplias, elevada permeabilidad a largo plazo y una mejoría clínica notable.

C70. TERAPÉUTICA ENDOVASCULAR DE LAS VARICES MEDIANTE ABLACIÓN DE SAFENA INTERNA CON RADIOFRECUENCIA VNUS-CLOSURE

S. Rodríguez Camarero, J.J. Lalinde García,
M.C. Rodríguez Santiago, M.B. Rodríguez Camarero,
S. Gil García y E. Rodríguez Argudo

Clínica USP-La Esperanza, Vitoria-Gasteiz.

Objetivos: Estudiar los resultados inmediatos, a corto, medio y largo plazo de la ablación de safena interna mediante radiofrecuencia VNUS-CLOSURE en la terapéutica endovascular de las varices.
Material y métodos: Estudio prospectivo no aleatorizado en una serie consecutiva de pacientes con varices esenciales y recidivadas por incompetencia de safena interna, realizando ablación de safena interna eco-guiada de forma ambulatoria mediante radiofrecuencia VNUS-CLOSURE. Seguimiento protocolizado clínico y eco-Doppler a la semana, mes, 3 y 6 meses y después anualmente. Se valoran ítems intraoperatorios, así como complicaciones postoperatorias, calidad de vida, reincorporación a vida normal y laboral, grado de satisfacción subjetiva y objetiva y recanalización por eco-Doppler.
Resultados: 132 extremidades intervenidas en 120 `pacientes entre 2004 y 2010. Seguimiento medio de 45 meses. Edad media: 51 años. Diámetro medio y máximo de safena interna: 7,10 mm y 22 mm respectivamente. Tiempo quirúrgico medio: 68 minutos con CLOSURE y 32 minutos con CLOSURE-FAST. Estancia en URPA: 60 minutos. Acceso percutáneo en 34 (25,76%) y venotomía en 98 (74,24%). Asociación flebectomía y/o esclerosis en mismo procedimiento: 118 (89,39%) TVP: 0. Hematomas en muslo: 4 (3,03%). Parestesias o neuralgias transitorias: 9 (6,82%). Flebitis superficial: 3 (2,27%). Infección de tejidos blandos 0. Recanalización safena interna en seguimiento: 6 (4,55%). Reoperaciones en seguimiento: 1 (0,76%). Grado satisfacción subjetiva: 128 (96,97%).
Comentarios y conclusiones: La ablación de la safena interna mediante radiofrecuencia VNUS-CLOSURE es una terapéutica endovascular mínimamente invasiva de las varices, segura, con mínimas complicaciones, eficaz a largo plazo y altamente satisfactoria para el paciente y el cirujano.

3.ª Sesión
Jueves, 2 de junio (16:00-17:30 h)

C92. MEDICIÓN DIRECTA E INDIRECTA DE LA RADIACIÓN ABSORBIDA POR PACIENTE Y POR CIRUJANO VASCULAR EN 2 PROCEDIMIENTOS ENDOVASCULARES: *STENTING* CAROTÍDEO TRANSCERVICAL Y ENDOPRÓTESIS AÓRTICA ABDOMINAL

C. Aloy Ortiz, N. Sánchez Hernández, J. Maeso Lebrun,
X. Yugueros Castellnou, B. Álvarez García y M. Matas Docampo

Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.

Objetivos: Los procedimientos endovasculares aumentaron en la práctica diaria del cirujano vascular. Habitualmente realizamos mediciones indirectas de radiación recibida por paciente y cirujano debido al coste de mediciones directas. El objetivo del estudio es evaluar radiación absorbida (medición directa e indirecta) por paciente y cirujano en stenting carotídeo transcervical y endoprótesis de aorta abdominal (EVAR).
Material y métodos: Medimos dosis absorbida en paciente mediante colocación de dosímetros termoluminiscentes (TLD), 5 en abdomen y 3 en región cervical, y placa radiocrómica (mide dosis máxima en piel y distribución). En cirujano colocamos TLDs en gafas y muñeca y dosímetro electrónico fuera del delantal plomado. También registramos tiempo total de fluoroscopia e informe de dosis aportado por equipo de rayos X Philips Veradius.
Resultados: Evaluamos 5 pacientes por procedimiento. EVAR: tiempo medio fluoroscopia 48 minutos (24-90), dosis máxima media en piel 342,05 mGy (163,80-529,20) y estimada 472,40 mGy, dosis media cristalino cirujano 71 μGy (48-102) y mano 272,60 μGy (174-365). Stenting carotídeo: tiempo medio fluoroscopia 9 minutos (3,8-13,67), dosis máxima media en piel 48,06 mGy (9,66-117,82) y estimada 47,52 mGy, dosis media cristalino cirujano 60,60 μGy (34-87) y mano 80,8 μGy (57-145). Parece que se correlacionan bien las medidas directas e indirectas en paciente no siendo directamente proporcionales al tiempo total de fluoroscopia. Las dosis en cirujano por procedimiento no superan las recomendadas por el Consejo de Seguridad Nuclear (CSN).
Comentarios y conclusiones: Es importante evaluar radiación absorbida por paciente y cirujano como control de calidad del procedimiento endovascular para asegurarnos de estar en los límites de las recomendaciones del CSN.

C74. CUMPLIMIENTO DE LOS OBJECTIVE PERFORMANCE GOALS (OPG) DE LA SVS SOBRE SEGURIDAD Y EFICACIA DE LA ANGIOPLASTIA INFRAPOPLÍTEA EN ISQUEMIA CRÍTICA DE MIEMBROS INFERIORES. EXPERIENCIA A 8 AÑOS

C. Varela Casariego, F. Acín García, I. López de Maturana,
B. Paz Núñez, S. Bleda Moreno, J. de Haro Miralles
y A. López Quintana

Hospital Universitario de Getafe, Madrid.

Objetivos: Los "Objective Performance Goals"(OPG) son criterios estandarizados diseñados sobre controles históricos que posibilitan el análisis de no inferioridad de nuevos procedimientos terapéuticos con estudios de un solo brazo. Recientemente la "Society for Vascular Surgery" (SVS) propuso una serie de OPGs, generados a partir de cohortes de bypass autólogos (PREVENTIII-CIRCULASE-BASIL), que permiten evaluar la seguridad y eficacia de nuevos dispositivos endovasculares aplicados a la isquemia crítica. Nuestro objetivo es analizar si la angioplastia distal, en nuestra experiencia, cumple dichos OPGs y describir nuestros resultados a largo plazo.
Material y métodos: Retrospectivo de 121 angioplastias distales. Se determinó la incidencia de "eventos adversos mayores cardiovasculares" (MACE), "eventos adversos mayores sobre la extremidad" (MALE) y amputaciones mayores a 30 días [OPGs de seguridad]. Se calculó la "libertad de MALE y muerte perioperatoria" (MALE + POD), "supervivencia libre de amputación" (SLA), "salvación de extremidad" (SE) y supervivencia a 12 meses [OPGs de eficacia] y a 8 años. El análisis de no inferioridad se realizó mediante IC95% usando como referencia los OPGs propuestos por la SVS (n = 505 bypass distales).
Resultados: La incidencia de MACE, MALE y amputación a 30 días fue del 5% [2%-10%]-(OPG-MACE67%) y la SLA fue del 78% [69%-85%]-(OPG-SLA > 68%). La SE y supervivencia a 12 meses fue del 87% [80%-92%]-(OPG- SE > 81%) y del 87% [80%-92%]-(OPG-Supervivencia > 80%). La MALE + POD y SLA a 8 años fue del 60% [49%-69%] y del 26% [11%-44%].
Comentarios y conclusiones: La angioplastia distal realizada en nuestro servicio en pacientes con isquemia crítica cumple con un nivel de confianza cercano al 95% los OPGs propuestos por la SVS.

C69. ANGIOPLASTIA PRIMARIA FEMOROPOPLÍTEA CON BALÓN DE ALTA TENSIÓN

D. Couto Mallón, I. Hernández-Lahoz Ortiz, J. Vidal Insua, D. Caicedo Valdés, H. Cubillas Martín, J. Domínguez Baamonde y R. García Casas

Complejo Hospitalario de Pontevedra.

Objetivos: La angioplastia con o sin stent del sector femoropoplíteo presenta menor morbimortalidad que la cirugía clásica, aunque a expensas de una permeabilidad menor. Nuevos materiales se están utilizando en diferentes trials para disminuir la reestenosis. Presentamos nuestra experiencia de 45 pacientes tratados de manera consecutiva mediante angioplastia primaria con balón de alta presión en el territorio femoropoplíteo.
Material y métodos: Estudio prospectivo de pacientes tratados endovascularmente por estenosis-oclusión crónica de la femoral superficial y poplítea entre marzo 2009-diciembre 2010. Todos los casos se trataron con angioplastia primaria con balón de alta presión durante tres minutos. Se excluyeron aquellos que tenían lesiones TASC II suprainguinales y los que tras la angioplastia se implantó stent por resultado subóptimo (n = 12).
Resultados: Se incluyeron 45 pacientes con edad media de 72,2 ± 11,9 años. Había 28 hombres (62%). Los factores de riesgo más frecuentes eran: hipertensión arterial (33; 73%), dislipemia (26; 57%) y diabetes mellitus (23; 51%). 29 pacientes (64%) tenían isquemia crítica de la extremidad. 22 tenían lesiones TASC A-B (49%) y 23 C- D (51%). El run-off era de 0-1 vaso en 26 ocasiones (58%). Se asoció angioplastia de troncos distales en 17 pacientes (37%). No hubo mortalidad perioperatoria. La morbilidad consistió en dos amputaciones infracondíleas (4%). La estancia hospitalaria fue de 7,8 ± 6,2 días. El seguimiento medio fue de 8,3 ± 4,7 meses. Las lesiones libres de TLR a 6 y 12 meses fueron del 97% y 70%. La permeabilidad primaria, asistida y secundaria a 6 y 12 meses fue del 91% y 61%, 91% y 74% y 91% y 74% respectivamente. El salvamento de extremidad a 6 y 12 meses fue del 94% y 70%. Los pacientes con isquemia crítica tenían mayor probabilidad de amputación, aunque sin significación estadística (log-rank p = 0,058). La supervivencia a 12 meses fue del 100%. Los pacientes con lesiones TASC C-D tenían menor permeabilidad primaria en el seguimiento (p = 0,028).
Comentarios y conclusiones: La angioplastia primaria con balón de alta presión presenta resultados aceptables. La reestenosis postangioplastia aparece con más frecuencia tras seis meses de tratamiento y fundamentalmente en lesiones TASC C-D.

C97. RESULTADOS FUNCIONALES A LARGO PLAZO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE REVASCULARIZACIÓN INFRAINGUINAL POR ISQUEMIA CRÍTICA

J.R. March García, C. Varela Casariego, C. Cañibano Domínguez, B. Paz Núñez, I. López de Maturana Carrasco y F. Acín García

Hospital Universitario de Getafe, Madrid.

Objetivos: Valorar los resultados funcionales y status de salud a largo plazo de los pacientes sometidos a revascularización infrainguinal por isquemia crítica.
Material y métodos: Estudio de corte transversal de 100 procedimientos infrainguinales (57 quirúrgicos y 43 endovasculares) realizados de forma consecutiva. Tras un seguimiento mínimo de 12 meses, todos los pacientes o un familiar en primer grado si este había fallecido, completaron una encuesta telefónica, realizado a lo largo de una misma semana, registrando información sobre su capacidad de deambulación, residencia, capacidad funcional y status de salud. Se recogió información sobre factores epidemiológicos, clínica, funcionalismo preoperatorio, técnica de revascularización y evolución postoperatoria. Análisis estadístico: tests de chi-cuadrado y t-Student y análisis multivariante mediante regresión ordinal.
Resultados: Al final del seguimiento (mediana 22,5 meses–RIQ: 17-26 meses), la salvación de extremidad fue 73% y la supervivencia 58% (30 exitus). 32 de los 70 supervivientes (45,7%) presentaban deambulación libre, 28 (40%) asistida y 10 (14,3%) no caminaban. 7 (10%) habían mejorado su status de deambulación preoperatoria. 48,6% residían independientes, 47,1% necesitaban asistencia domiciliaria y solo 3 (4,3%) precisaban una residencia. 58,6% (n = 41) realizaban sus actividades cotidianas sin limitación y 54,3% referían mejor estado de salud que preoperatoriamente. En conjunto, el 87,1% (n = 61) consideraban que el procedimiento había merecido la pena. La salvación de extremidad y deambulación preoperatoria se asociaron independientemente con la capacidad de deambulación y funcionalismo a largo plazo. El dolor fue el único factor relacionado con el status de salud. No hubo diferencias entre técnicas quirúrgicas y endovasculares.
Comentarios y conclusiones: Los procedimientos de revascularización infrainguinal presentan buenos resultados en términos de funcionalismo, independencia y status de salud de nuestros pacientes a largo plazo. Estos resultados no parecen relacionarse con el tipo de técnica empleada.

C83. ANGIOPLASTIA INFRAPOPLÍTEA. ¿QUÉ FACTORES CONTRIBUYEN A SU ÉXITO?

E. Rollán Saint-Amand, F. Pañella Agustí, E. Hernández Osma, M.P. Fariñas Alija, N. Argilés Mattes, J.C. Sepúlveda Grisales y V. Martín Paredero

Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona.

Objetivos: Revisión de nuestra experiencia en el tratamiento endovascular del sector infrapoplíteo. Evaluación de los factores que contribuyen en la permeabilidad y salvamento de la extremidad.
Material y métodos: Desde Enero de 2008 a Diciembre de 2010, hemos tratado mediante angioplastia primaria 47 pacientes con isquemia crítica de miembros inferiores y afectación infrapoplítea pura, quedaron fuera del estudio los pacientes que precisaron tratamiento del sector femoral y poplíteo. Evaluamos la permeabilidad primaria, salvamento de la extremidad y aquellos factores que influyen en la permeabilidad y el salvamento de la extremidad mediante test de Log-Rank y regresión de Cox respectivamente.
Resultados: En total se trataron 22 oclusiones con una longitud media de 111,25 mm (150-60 mm) y 29 estenosis difusas con longitud media de 77,14 mm (160-50 mm). Tres pacientes precisaron la colocación de stent. El seguimiento medio fue de 11,2 meses (0-36 m). La permeabilidad primaria a los tres años fue del 32,1% y el salvamento de la extremidad del 80,7%. Los factores que resultaron negativos para la permeabilidad fueron: tipo de lesión (oclusión o estenosis difusas), longitud de las lesiones y la presencia o ausencia de arcada plantar. Aquellos que resultaron negativos para el salvamento de la extremidad fueron: la escala de Wagner inicial (severidad de las lesiones), la arteria principal tratada y la presencia o ausencia de arcada plantar.
Comentarios y conclusiones: La angioplastia de las lesiones infrapoplíteas puede constituir una alternativa terapéutica, con tasas de salvamento de la extremidad aceptables, en aquellos pacientes en los que la cirugía de revascularización mediante bypass no es posible.

C94. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LA PATOLOGÍA OCLUSIVA FEMORAL SUPERFICIAL. REGISTRO DE 5 AÑOS

B. Vera Arroyo, R. Asensio García, J.P. Linares Palomino, S. Lozano Alonso, M. Guillén Fernández, A. María Bravo Molina y E. Ros Díe

Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

Objetivos: Analizar nuestra experiencia y resultados en el tratamiento endovascular del territorio femoral superficial en un período de 5 años.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo de pacientes tratados entre 2005 y 2010: 115, 65% hombres, edad media 69,6 años. El 96% presentaba obstrucción fémoro-poplítea al ingreso, con 84% de grados IV. La clasificación de las lesiones (TASC II) fue 26,1% A; 42,6% B; 23,5% C; 7,8% D. El ITB medio del miembro sintomático fue 0,38.
Resultados: El 35% de los pacientes fue sometido a angioplastia simple y un 50% requirió implante de stent. El 35,7% asociaron un procedimiento endovascular distal y el 4,3% proximal. El 81% no presentó complicaciones postoperatorias (4,3% exitus, 7,8% trombosis, 2,6% infecciones). El 63,5% recuperó pulso poplíteo y el 22,6% poplíteo y distales. El ITB postoperatorio medio fue de 0,73, con una diferencia estadísticamente significativa respecto al preoperatorio. El seguimiento medio fue de 14 meses, con 2 revisiones por paciente. El 62% no requirió reintervenciones, un 10% precisó un nuevo procedimiento endovascular y un 8% realización de by-pass. Se registró un 20% de amputaciones, con un tiempo medio hasta la amputación de 4,8 meses. No se encontraros diferencias estadísticamente significativas en reintervenciones ni amputaciones en función de la técnica empleada.
Comentarios y conclusiones: El tratamiento endovascular constituye una poderosa herramienta en el tratamiento de la isquemia crónica por patología femoral superficial, con buenos resultados a medio plazo.

C90. ¿SE DEBE EVITAR EL *STENT* CAROTÍDEO EN MAYORES DE 70 AÑOS?

M. Matas Docampo, B. Álvarez García, J. Maeso Lebrun, J. Juan Samso, J.M. Escribano Ferrer y C. Aloy Ortiz

Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.

Objetivos: La evidencias recientes sobre revascularización carotídea aconsejan evitar el stent en pacientes mayores de 70 años basándose en la configuración del arco aórtico y la tortuosidad de los vasos en esta población. Aportamos nuestra experiencia en stent carotídeo transcervical, que evita ambas dificultades anatómicas, en este grupo de pacientes.
Material y métodos: Pacientes ≥ 70 años (79,8 ± 3) con estenosis carotídea > 70% tratados mediante stent carotídeo transcervical durante 5 años. Analizamos 219 casos (55,7% asintomáticos, 44,3% sintomáticos). Recogida de datos prospectiva y análisis por intención de tratar. Realizamos seguimiento clínico y hemodinámico a 24h, 1, 3, 6, 12, 18, 24 meses y anual posteriormente. Analizamos resultados inmediatos (30 días): éxito técnico y tasa de ictus/infarto miocardio (IM)/muerte y reestenosis e ictus durante el seguimiento (Kaplan-Meier y log-rank).
Resultados: Inmediatos: tasa de éxito técnico: 96,3%. Ictus: 4 (1,8%); IM: 1 (0,4%), Exitus: 2 (0,9%). Seguimiento (18,8 ± 16,9 meses): Incidencia acumulada reestenosis > 70%: 3% al año y 8% a los 2 y 3 años (error estándar 1 y 3%): La enfermedad pulmonar obstructiva crónica se asoció con dicha reestenosis (p = 0,04). Supervivencia libre de ictus a 3 años: 99%. Supervivencia global: 94% al año y 90% a los 2 y 3 años (error estándar 2 y 3%).
Comentarios y conclusiones: En nuestra experiencia, el stent carotídeo por vía transcervical es una técnica segura en el tratamiento de la estenosis carotídea en mayores de 70 años. Creemos que evitar el arco aórtico y las tortuosidades de los vasos son la base para mejorar los resultados de otros trabajos publicados.

C82. REESTENOSIS CAROTÍDEA *POSTSTENTING*

J.M. Escribano Ferrer, J. Juan Samsó, J.M. Domínguez González, N. Allegue Allegue, C. Aloy Ortiz, X. Yugueros Castellnou y M. Matas Docampo

Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.

Objetivos: Valorar la evolución de la reestenosis carotidea poststenting (RCP).
Material y métodos: Estudio prospectivo de seguimiento de 44 pacientes, con una media de edad de 76 años diagnosticados de RCP con eco-doppler y controlados a partir de la intervención, a los 3 meses, 6 meses y cada 6 meses. Tiempo medio de seguimiento de 28 meses (18-72). Se define como RCP una ratio de picos de velocidades sistólicas (RPVS) > 2 y, como cambio hemodinámicamente significativo, su progresión a > 4 o bien la oclusión. Se estudian factores de riesgo predictores de progresión de RCP entre ambos grupos.
Resultados: El 93% de las RCP se han diagnosticado durante el primer año. Las tablas de supervivencia muestran un 27% de pacientes que evolucionan a ratio > 4 durante el primer año de seguimiento, y hasta un 39% al segundo año, sin cambios entre el segundo y el tercer año. La evolución del RPVS muestra un incremento mensual de 0,104 (IC95% 0,027-0,181) durante el primer año (p = 0,008) para luego estabilizarse. Solo la hipertensión arterial (p = 0,027) se muestra como un factor predictor de evolutividad de RCP en el análisis Kaplan-Meier. No se halla relación ni con el género (p = 0,626), edad (p = 0,228), hábito tabáquico (p = 0,380), la diabetes mellitus (p = 0,719), dislipemia (p = 0,991), presencia de calcio en placa (p = 0,843), tipo de stent (p = 0,408) ni con la clínica previa (p = 0,320). Un paciente presentó AIT ipsilateral durante el seguimiento.
Comentarios y conclusiones: La mayoría de las RCP así como su mayor evolutividad se observa durante el primer año de seguimiento. La hipertensión arterial es factor predictivo de evolutividad de reestenosis. El riesgo de clínica isquémica carotídea recurrente es baja.

4.ª Sesión
Jueves, 2 de junio (18:00-19:00 h)

C91. RESULTADOS A LARGO PLAZO DEL *STENTING* CAROTÍDEO TRANSFEMORAL

D. Caicedo Valdés, D. Couto Mallón, J.C. Moy Petersen, E. Epifatseva Igorevna, J. Domínguez Bahamonde y R. García Casas

Complejo Hospitalario de Pontevedra.

Objetivos: Realizar un estudio retrospectivo de valoración de resultados con el CAS asociado a protección cerebral en nuestro servicio.
Material y métodos: Pacientes sometidos a CAS con protección cerebral desde mayo de 2005 hasta diciembre de 2010.
Resultados: Se obtuvieron 105 procedimientos con intención de tratar, con 100 stents implantados. La mediana de edad fue de 72,9 años, representando los casos sintomáticos el 65% de la muestra. Las indicaciones de CAS fueron: lesión alta: 9,4%, reestenosis post-CEA: 7,6%, cuello hostil: 8%, enfermedad significativa contralateral (incluida oclusión): 30,5%, riesgo quirúrgico ASA III-IV: 49,5%. La morbilidad neurológica global fue de 7,6% (2 AITs, 4 ictus y 2 hemorragias cerebrales), con una tasa de ictus del 3,8% y de ictus-muerte de 1,9% (2 casos). Los pacientes asintomáticos no presentaron complicaciones neurológicas asociadas al procedimiento. Hubo un 2,7% de mortalidad en el primer mes, mientras que a 5 años fue del 16,3% (11,5% en los 2 primeros años). El índice de reestenosis durante el seguimiento: mediana 24 meses (1-72) fue del 4,3% para el stenting primario y del 2,5% para los stents secundarios a reestenosis pos-CEA. El análisis estadístico mostró una relación significativa entre las variables: reestenosis de stent-edad > 75 años (p = 0,001); y entre reestenosis de stent-reestenosis post-CEA (p = 0,005). Para la morbilidad neurológica no encontramos variables relacionadas con significación estadística. El tomar

estatinas pre y postoperatorias se mostró como un factor protector significativo de mortalidad postoperatoria: RR = 0,12 (0,7- 0,20), p < 0,00001.
Comentarios y conclusiones: Aunque las indicaciones actuales de CAS son restrictivas, se trata de una técnica con buenos resultados en manos experimentadas. Las reestenosis son más frecuentes entre los pacientes de mayor edad y en el subgrupo de pacientes con stents implantados tras recidiva pos-CEA. La toma de estatinas pre y posprocedimiento podría reducir la mortalidad postoperatoria, sobre todo la debida a causa neurológica.

C68. ¿ES MAYOR LA REESTENOSIS EN EL *STENT* CAROTIDEO? ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE *STENT* CAROTÍDEO Y ENDARTERECTOMÍA

M. Botas Velasco, P. Calvín Álvarez, M.J. Ramos Gallo, M. Vicente Santiago, F. Vaquero Lorenzo, A. Álvarez Salgado y L.J. Álvarez Fernández

Hospital de Cabueñes, Gijón.

Objetivos: Analizar las diferencias en cuanto a reestenosis entre los pacientes a los que se practicó cirugía abierta (EA) y los que se trataron mediante stent carotideo en nuestro Servicio en los últimos cuatro años.
Material y métodos: Estudio retrospectivo comparativo que analiza la tasa de reestenosis en pacientes intervenidos de estenosis carotidea y los tratados mediante técnicas endovasculares entre enero de 2006 y diciembre de 2009. Así mismo se analiza la existencia de factores de riesgo predictivos.
Resultados: En el periodo de estudio se trataron 170 pacientes con estenosis carotidea, el 60% de los cuales habían presentado clínica previa y el resto eran asintomáticos. Se realizó EA en el 74% de los casos (125 casos) y se colocó un stent en el 26% (45 casos). En el análisis estadístico se encontró una tasa de reestenosis del 16% en el grupo de EA, y del 14% en el de stent (p = 0,51). Dentro de los pacientes con reestenosis, se intervinieron el 25% en el grupo TEA y el 66% en el grupo endovascular, mediante la colocación de un nuevo stent. En el análisis por factores de riesgo no se encontraron diferencias significativas que nos indiquen que alguno de ellos pudiera servir como factor predictivo de reestenosis en caso de tratamiento endovascular ni quirúrgico.
Comentarios y conclusiones: Según nuestros datos las tasas de reestenosis tras tratamiento quirúrgico o endovascular son comparables no existiendo factores predictivos para la misma.

C80. ENDOPRÓTESIS FENESTRADAS. EXPERIENCIA Y RESULTADOS A MEDIO PLAZO

V.A. Sala Almonacil, F.J. Gómez Palonés, J.M. Zaragozá García, D. Olmos Sánchez, S. Morales Gisbert, I. Crespo Moreno y E. Ortiz Monzón

Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia.

Objetivos: Analizar nuestra experiencia en la exclusión endovascular de aneurismas de aorta abdominal mediante endoprótesis fenestradas.
Material y métodos: Estudio descriptivo, unicéntrico y retrospectivo de 14 exclusiones electivas consecutivas en el período 2008-2010. Se evaluaron: complejidad del procedimiento según el número de fenestraciones precisadas, fugas 1a inmediatas, complicaciones postoperatorias y mortalidad perioperatoria y en el seguimiento.
Resultados: La edad media de la serie fue de 73,3 años; el 71,4% de los pacientes presentó insuficiencia renal crónica previa. El seguimiento medio ha sido de 18 meses. La longitud media del cuello fue de 3 ± 2,5 mm y un 36% de los casos presentaron trombo > 30% de su circunferencia. Ocho pacientes (57,1%) precisaron dos fenestraciones y 6 (42,9%) tres o más. De los vasos diana, solo una arteria renal no pudo ser cateterizada en un paciente con tres fenestraciones, sellándose la fenestración mediante un extensor. Se detectó una endofuga 1a que se trató intraoperatoriamente mediante balonado de los stents. Los pacientes que precisaron ≥ 3 fenestraciones requirieron mayor media de tiempo quirúrgico (min), volumen de contraste intravenoso (ml) y tasa de necrosis tubular aguda posprocedimiento (232 vs 423, p: 0,008; 240 vs 341, p: 0,024 y 0 vs 50%, p: 0,055; respectivamente). Ningún paciente falleció perioperatoriamente y la supervivencia global ha sido del 93% a los 24 meses.
Comentarios y conclusiones: Según nuestros resultados, esta técnica ofrece unas tasas de morbimortalidad aceptables. No obstante, aquellos casos que precisan tres o más fenestraciones entrañan una dificultad técnica superior e implican mayores complicaciones nefrológicas en pacientes con insuficiencia renal previa.

C78. INFLUENCIA DE LA ANATOMÍA DEL CUELLO PROXIMAL Y DE LA ENDOPRÓTESIS IMPLANTADA EN LOS RESULTADOS A MEDIO PLAZO DEL EVAR

D. Olmos Sánchez, A. Plaza Martínez, F.J. Gómez Palonés, B. Genovés Gascó, A. Torres Blanco y E. Ortiz Monzón

Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia.

Objetivos: Determinar la influencia de la anatomía del cuello proximal y, con ello, de la endoprótesis implantada, en los resultados a medio plazo del EVAR en términos de morbi-mortalidad.
Material y métodos: Desde el año 1999 al 2010 se han realizado en nuestro servicio un total de 209 endoprótesis aórticas programadas consecutivas por aneurisma de aorta abdominal infrarrenal. De ellos se han analizado los dos siguientes grupos: grupo con anatomía favorable de cuello proximal (longitud > 15 mm, sin calcio, trombo o angulación) e implantación de endoprótesis con fijación infrarrenal (n = 67) frente anatomía desfavorable y endoprótesis con fijación suprarrenal (n = 56). Se ha comparado la evolución y resultados de los mismos en términos de morbi-mortalidad.
Resultados: Ambos grupos fueron homogéneos y comparables, exceptuando las características morfológicas del cuello. El seguimiento medio fue de 37 meses. Se evidencia un mayor número de endofugas tipo 1a intraoperatorias en el grupo de cuello desfavorable (16% frente a 2,9%; p = 0,01), de complicaciones locales (28,5% frente a 8,9%; p = 0,019) así como presencia de morbilidad renal (14,3% frente a 1,5%; p = 0,013). Según nuestros resultados no se han encontrado diferencias significativas entre ambos grupos en: mortalidad perioperatoria (1 frente a 0), mortalidad relacionada con el aneurisma (3 frente a 1), rotura (1 frente a 0), conversión quirúrgica, crecimiento, migración, necesidad de reintervenciones y complicaciones sistémicas.
Comentarios y conclusiones: La presencia de una anatomía desfavorable en el cuello proximal en el EVAR y, por tanto, la necesidad de implantación de una endoprótesis de fijación suprarrenal, no conlleva, según nuestra experiencia, diferencias en cuanto a términos absolutos de mortalidad pero sí en cuanto a mayor presencia de endofugas tipo 1a, así como eventos adversos en la vascularización renal.

C95. SEGUIMIENTO A LOS 5 AÑOS DE LA CIRUGÍA ENDOVASCULAR EN EL ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL

R. Asensio García, M. Guillén Fernández, J.P. Linares Palomino, B. Vera Arroyo, S. Lozano Alonso, L.M. Salmerón Febres y E. Ros Díe

Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

Objetivos: El tratamiento endovascular del aneurisma de aorta abdominal reduce la agresión quirúrgica, disminuyendo la morbilidad y mortalidad perioperatoria. El seguimiento resulta fundamental en

los pacientes sometidos a este tipo de cirugía Analizamos los resultados de nuestra experiencia inicial en tratamiento de aneurismas de aorta abdominal mediante implante de endoprótesis, pasados 5 años de la cirugía.
Material y métodos: Se recogieron los pacientes intervenidos de forma programada entre enero de 2001 y febrero de 2006: 81 pacientes, el 100% varones, con una edad media de 71 años (rango entre 51 y 86). Se llevó a cabo un análisis retrospectivo de morbi-mortalidad perioperatoria, estancia hospitalaria, mortalidad global, endofugas y reintervenciones en un período de 5 años tras la cirugía.
Resultados: El éxito técnico inicial fue del 95%, con implante de dispositivos bifurcados en el 75% de los pacientes, 25% aorto-monoilíacas y 2% de reconversiones de bifurcada a aorto-monoilíaca. La estancia en UVI fue de 1,3 días y en planta 4,4. La morbilidad perioperatoria global fue del 11%. A los 5 años se produjo un 10% de pérdidas para el seguimiento, y un 33% de mortalidad, fundamentalmente por neoplasias y causa cardiovascular, con 2 exitus relacionados con el aneurisma. La complicación más frecuente fue la existencia de endofugas, un 23%, con predominancia de las tipo 2 (70%) y un 9% de reintervenciones durante el seguimiento.
Comentarios y conclusiones: El tratamiento endovascular del aneurisma de aorta aporta en nuestra experiencia buenos resultados, con un porcentaje bajo de reintervenciones y complicaciones a largo plazo.

C71. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMAS ILÍACOS AISLADOS: REVISIÓN A 10 AÑOS

G. Alonso Argüeso, C. Martínez Mira, R. Fernández-Samos Gutiérrez, R. Peña Cortés, N. Sanz Pastor, J.M. Ortega Martín y F. Vaquero Morillo

Complejo Asistencial Universitario de León.

Objetivos: Analizar los resultados del tratamiento endovascular (TE) de aneurismas ilíacos aislados (AIA) en los últimos diez años.
Material y métodos: 35 AIA en 27 pacientes (26 hombres y 1 mujer) con una edad media de 75,44 años (IC95% 72,85-78,03) fueron intervenidos de forma programada entre 1 de enero de 2001 y 31 de diciembre de 2010. La mayoría afectaban a ilíaca primitiva (71%) y el resto en ilíaca interna (29%). Bilaterales eran 6 (5 ilíaca común, 1 hipogástrica). 1 paciente presentaba aneurisma combinado de ilíaca primitiva e interna. El diámetro medio aneurismático fue de 45,21 mm (IC95% 39,44-51). El 85,7% eran asintomáticos y sintomáticos el 14,3%. El 57% de los pacientes tratados presentaban cardiopatía, siendo la isquémica la más prevalente y la HTA es el principal factor de riesgo cardiovascular (53,5%). El seguimiento clínico, mediante angio-TC y ecografía abdominal, se efectuó a los 3, 6, 12, 18 meses y luego anualmente. Estudio retrospectivo, usando la base de datos Access y el programa estadístico SPSS 17.
Resultados: El TE se extendió entre primitiva y externa en 19 pacientes, solo se cubrió la primitiva en 1 paciente. Debido a la morfología anatómica, 5 casos precisaron endoprótesis aortoilíacas bifurcadas y 3 casos endoprótesis aortomonoilíaca e injerto cruzado. Se embolizó la hipogástrica solo en 1 paciente. La estancia media postoperatoria fue de 6,2 días (rango 2-35). Mortalidad postoperatoria: 1 caso (2,8%) por infección protésica y sepsis. El seguimiento medio fue de 21,2 meses (IC95% 18,03-24,05), observando 3 endofugas (8,4%)-2 tipo II, 1 tipo III- y 1 trombosis de endoprótesis (2,8%) tratada con injerto cruzado.
Comentarios y conclusiones: El TE de los AIA es seguro y eficaz, con muy baja tasa de morbimortalidad, especialmente en pacientes de elevado riesgo quirúrgico.

C79. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA CIRUGÍA ENDOVASCULAR ELECTIVA DE LA PATOLOGÍA AORTOILÍACA ANEURISMÁTICA (EVAR) EN NUESTRO MEDIO

J. Alcalde López, R. Conejero Gómez, J. Martín Cañuelo, R. Laínez Rube, E. Evangelista Sánchez y M. Rodríguez Piñero

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Objetivos: La edad avanzada, comorbilidades y epidemiología de los pacientes en los que se plantean el tratamiento endovascular condicionan los resultados de este. Por ello nos planteamos analizar dichos parámetros en la cirugía endovascular programada por patología aneurismática aortoilíaca (EVAR) tras dos años de su implantación en nuestra Unidad.
Material y métodos: Pacientes intervenidos de forma programada mediante dicho tratamiento endovascular en los últimos dos años. Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo analizando los datos epidemiológicos, comorbilidad y resultados de dichos pacientes, aplicando un score de riesgo preoperatorio (Mount Sinai Hospital).
Resultados: Se realizaron un total de 51 procedimientos en 48 pacientes entre febrero 2009 y febrero 2011. Todos ellos varones con edad media de 74 años. La mortalidad a 30 días fue del 3,9%. El porcentaje de complicaciones isquémicas que precisaron reintervención fue del 9,8%. El porcentaje de endofugas tipo I y II fue del 3,9%. El tamaño medio del aneurisma aórtico fue de 6,17 y del ilíaco de 4,38 cm. La puntuación media del Score de riesgo preoperatoratorio fue de 2,71.
Comentarios y conclusiones: A pesar de ser considerado un tratamiento mínimamente invasivo, la cirugía endovascular de la patología aneurismática del sector aortoilíaco no está exenta de riesgos, además de suponer un coste económico no despreciable en unos pacientes con pronóstico vital limitado. La adecuada selección de los pacientes es de gran importancia para obtener resultados satisfactorios y cumplir el objetivo de beneficiar a esta población de alto riesgo de la manera más eficiente posible, por lo que creemos que es necesario autoauditorías periódicas de nuestra actuación.

PANELES

Jueves, 2 de junio (08:00-10:00 h)

P93. UTILIZACIÓN SIMULTÁNEA DE UN BALÓN DE ANGIOPLASTIA Y EL DISPOSITIVO *OUTBACK* PARA FACILITAR LA REENTRADA DE LA GUÍA EN EL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE OCLUSIONES CRÓNICAS Y EXTENSAS DEL EJE ILÍACO

G. Urbino, C. Llort Pont, L. Calsina Juscafresa, A. Velescu Velescu, M. Mellado Joan, E. Mateos Torres y F. Vidal-Barraquer Mayol

Hospital del Mar, Barcelona

Objetivos: La aplicabilidad del tratamiento endovascular en oclusiones ilíacas extensas se halla limitada por la dificultad de cruzar la oclusión (vía intraluminal) o re-entrar al interior del vaso (vía subintimal). Describimos nuestra experiencia en una técnica que combina la utilización simultánea de un balón de angioplastia y el dispositivo Outback (Cordis) para facilitar la re-entrada de la guía (vía sub-intimal).
Material y métodos: Se presentan 3 pacientes afectos de una oclusión ilíaca extensa en los que se efectuó abordaje simultáneo femoral retrógrado y humeral anterógrado, con progresión de guías vía subintimal pero por diferentes planos de disección dentro de la oclusión. Se progresó anterógradamente el Outback con introductor de 6F, apoyado en la oclusión, y retrógradamente un balón de angioplastia de 2,5 mm, que se dilató a baja presión en la vecindad del dispositivo anterior, ambos dentro de la oclusión. Se accionó el dispositivo de re-entrada lentamente, hasta verificar la pérdida de presión en el manómetro del balón, momento en el que se progresó la guía del Outback dentro del balón perforado, quedando comunicadas ambas vías subintimales. Se prosiguió con la angioplastia + stent via anterógrada o retrógrada según el caso.
Resultados: No se registraron complicaciones asociadas a la técnica.
Comentarios y conclusiones: Creemos que la utilización conjunta del dispositivo Outback y un balón de angioplastia constituye una técnica de recurso, factible y eficaz para casos seleccionados donde no es posible la recanalización de oclusiones ilíacas crónicas y extensas por otros medios.

P98. ARTERITIS DE TAKAYASU: TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE TRONCO BRAQUIO-CEFÁLICO POR ABORDAJE CERVICAL

A. Torres Blanco, B. Genovés Gascó, F.J. Gómez Palonés, D. Olmos Sánchez, S. Morales Gisbert y E. Ortiz Monzón

Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia.

Objetivos: Presentar el caso de una paciente con patología poco frecuente tratada mediante técnica endovascular, que se ha establecido como una alternativa atractiva y mínimamente invasiva frente a la cirugía derivativa en casos de lesiones sintomáticas severas, aunque la experiencia publicada es muy limitada.
Material y métodos: Mujer de 42 años remitida con clínica de episodios repetidos de amaurosis fugax en ojo derecho y AIT. Presenta además clínica de claudicación en EESS. Sin antecedentes de interés salvo hábito tabáquico. En la exploración presenta ausencia de pulsos radiales y humerales y de carotídeo derecho. La PA en EESS es de 80 y en EEII de 150. En el eco-doppler se detecta alteración en carótida derecha, vertebrales y subclavias. La angioRM muestra estenosis crítica de tronco braquiocefálico (TBC) y estenosis crítica de arteria subclavia izquierda (a 1 cm proximal a origen de la vertebral). Se instaura inicialmente tratamiento con corticoides y posteriormente se realiza ATP-stent de TBC por abordaje carotídeo derecho.
Resultados: Éxito clínico y morfológico. Desaparece la sintomatología y recupera pulso carotídeo y radial derechos. No hubo complicaciones locales ni eventos neurológicos. Al alta el eco-doppler muestra onda de flujo con velocidades en rango normal. A los 3 meses se obtienen los mismos hallazgos en eco-doppler y angioTC.
Comentarios y conclusiones: El tratamiento endovascular es una opción eficaz y poco invasiva. El abordaje carotídeo permite un acceso directo y posibilita la protección cerebral mediante el clampaje durante la angioplastia, pudiendo plantearse como primera opción. Es necesario el seguimiento porque los resultados a largo plazo no están claramente definidos.

P76. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LAS ÚLCERAS AÓRTICAS PENETRANTES

G. Mestres Alomar, C. García Madrid, C. Flores Ramírez, L.F. Cruz Guzmán, M. Burrel Samaranch, X. Montañá Figuls y V. Riambau Alonso

Servicio de Cirugía Cardiovascular, Sección de Cirugía Vascular, ICT, Hospital Clínic, Universitat de Barcelona.

Objetivos: Presentar los resultados a corto y medio plazo del tratamiento endovascular de las úlceras penetrantes de aorta torácica (UAP).
Material y métodos: Realizamos un análisis retrospectivo de los pacientes tratados en nuestro centro por una UAP, entre 1998 y 2010, mediante endoprótesis aórtica. Se analizan los datos pre, intraoperatorios y de seguimiento a 1, 6, 12 meses y anual posteriormente.
Resultados: 22 pacientes fueron tratados por UAP (edad media 69,8 años, 91% varones), el 50% por un síndrome aórtico agudo (8 sintomáticos, 1 rotura, 1 fístula aortobronquial, 1 embolización). 6 casos (27,3%) requirieron revascularización previa de troncos supraaórticos. Los dispositivos utilizados fueron: 9 endoprótesis tipo Relay (40,9%), 7 Talent o Valiant (31,8%), 5 Excluder o TAG (22,7%) y 1 Endofit (4,5%). El éxito técnico fue del 100%, sin exitus ni conversiones intraoperatorias, utilizando 1,3 dispositivos por paciente. El 27,3% presentó complicaciones intrahospitalarias, requiriendo reintervenciones antes del alta el 9,1%. La mortalidad acumulada a 30 días fue del 4,5%. Tras un seguimiento medio de 49,34 meses (rango 0,1-122,0), la supervivencia acumulada libre de complicaciones y reintervenciones a 100 meses fue del 64,3% y 78,5% respectivamente, con un 95,5% de supervivencia acumulada libre de mortalidad relacionada con la aorta o el procedimiento. No se han identificado factores pronósticos significativos de mala evolución clínica intra ni postoperatoria.
Comentarios y conclusiones: El tratamiento endovascular de las UAP es seguro y eficaz, a pesar de tratarse de pacientes con elevada comorbilidad. Está asociado a una elevada tasa de complicaciones (35,7% a 100 meses de seguimiento), sobre todo intrahospitalarias, pero una baja tasa de mortalidad relacionada a largo plazo (4,5%).

P94. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR EN AORTA ASCENDENTE

M.V. Gastambide Norbis, B. Merino Díaz, A. Revilla Calavia, J.M. Martín Pedrosa, J.A. González Fajardo, V. Gutiérrez Alonso y C. Vaquero Puerta

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Objetivos: Las técnicas endovasculares han revolucionado el tratamiento de la aorta torácica, ofreciendo resultados satisfactorios

con menor morbi-mortalidad. Sin embargo, cuanto más próximal es la lesión, existen mayores limitaciones para el correcto anclaje de la endoprótesis. Nuestro objetivo es presentar un caso de tratamiento endovascular en aorta torácica ascendente.
Material y métodos: Paciente de 59 años, que fue intervenido por disección aguda tipo A (procedimiento de Bentall), a los 10 meses desarrolla, un pseudoaneurisma anastomótico de aorta torácica ascendente de 12 cm de diámetro. En primer lugar se realiza un bypass extra-anatómico carótido-carotídeo, seguido de tratamiento endovascular mediante exclusión de arco aórtico desde origen de ambas coronarias hasta origen de carótida interna izquierda (Z0), ocluyendo tronco braquiocefálico. (Valiant 32 × 100 mm, con stent libre distal.) Para asegurar el anclaje preciso de la endoprótesis, se realiza el procedimiento bajo parada cardíaca con adenosina.
Resultados: Se consigue correcto despliegue y fijación, sin desplazamiento distal del dispositivo. La arteriografía intraoperatoria y el control postoperatorio mediante angio TAC, evidencian la permeabilidad de arterias coronarias, troncos supra-aórticos y el correcto sellado del pseudoaneurisma.
Comentarios y conclusiones: Hasta este momento no se ha comercializado la endoprótesis ideal, totalmente adaptada a ésta zona anatómica; sin embargo creemos que el tratamiento endovascular en aorta torácica ascendente puede ser una herramienta terapéutica en pacientes seleccionados de alto riesgo.

P74. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE PSEUDOANEURISMA DE AORTA TORÁCICA ASCENDENTE UTILIZANDO ACCESO ARTERIAL AXILAR DERECHO

D. Fernández Caballero, Z. Ibrahim Achi, L. Cuervo Vidal, S. Stefanov Kiuri, A. Salazar Álvarez, G. Garzón Moll y L. Riera de Cubas

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Objetivos: Los pseudoaneurismas de aorta torácica ascendente ocurren de forma infrecuente sobre dehiscencias de anastomosis, zonas de debilidad tras canulación aórtica o relacionados con traumatismos previos. Describimos la técnica de tratamiento endovascular de un pseudoaneurisma de aorta torácica ascendente en un paciente con antecedente de cirugía cardiaca previa.
Material y métodos: Paciente varón de 69 años, hipertenso, dislipémico y exfumador. Afectado de cardiopatía isquémica y con antecedente previo de by-pass aorto-coronario hace varios años. Durante ingreso por insuficiencia cardiaca congestiva (ICC), en angio-tomografía computarizada (angio-TC), se descubre pseudoaneurisma en aorta torácica ascendente de 34x29mm. El paciente presenta un riesgo quirúrgico inasumible por ICC con disfunción severa de ventrículo izquierdo (FEV1 25%) y patología coronaria no revascularizable. por lo que se desestima para cirugía cardiaca y se propone para corrección endovascular de la lesión.
Resultados: Utilizando como acceso una prótesis de dacron en arteria axilar derecha y tras fibrilación auricular inducida mediante marcapasos, se realiza implante de endoprótesis diseñada para extensión proximal de aorta abdominal, Endurant ENCF 32 × 32c45EE (Medtronic, Santa Rosa, California). Todo el procedimiento se hace bajo control por fluoroscopia y ecocardiografía transesofágica. La angio-TC de control al alta objetiva la exclusión total del pseudoaneurisma con trombosis del mismo.
Comentarios y conclusiones: Los procedimientos endovasculares para el tratamiento de estas lesiones son relativamente nuevos y existen pocos casos publicados en la literatura. Al no existir dispositivos comercializados, debido a la alta complejidad anatómica de esta zona, debemos estudiar y tratar a cada paciente de forma totalmente individualizada utilizando todos los medios que se disponen para desarrollar este campo. Hacen falta más estudios para aumentar con seguridad las posibilidades de tratamiento a disposición de estos pacientes tan complejos.

P82. SÍNDROME DE MAY-THURNER DERECHO EN PRESENCIA DE VENA CAVA INFERIOR IZQUIERDA: TRATAMIENTO ENDOVASCULAR

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

Hospital Universitario Montepríncipe, Facultad de Medicina, Universidad San Pablo-CEU, Madrid.

Objetivos: Presentamos un caso de tratamiento endovascular en paciente diagnosticada de síndrome May-Thurner derecho en presencia de vena cava inferior izquierda.
Material y métodos: Mujer, 33 años, sin antecedentes previos de trombosis venosa profunda. Consulta por varices en extremidad inferior derecha de distribución atípica, edema y síndrome flebostático. Desarrolló varices vulvares durante embarazos. Dúplex venoso miembros inferiores demostró punto de fuga de origen pélvico (shunt tipo 5). Dúplex venoso abdominal: vena cava inferior izquierda y signos de compresión sobre vena ilíaca común derecha. El angioTAC confirmó vena cava inferior izquierda y estenosis significativa de vena ilíaca común derecha en cruce con arteria ilíaca común izquierda, con abundante circulación colateral pélvica. Ante los hallazgos se decide tratamiento endovascular. Mediante acceso percutáneo femoral derecho, bajo anestesia local, se implantó un stent autoexpandible (Wallstent) 18 × 90 mm en la vena ilíaca común derecha desde el confluente iliocavo hasta vena ilíaca externa derecha. Se instauró tratamiento con heparina fraccionada a dosis terapéuticas durante 2 semanas y antiagregación indefinida.
Resultados: En el seguimiento clínico y mediante dúplex venoso abdominal a 1,3 y 6 meses se comprobó permeabilidad del stent e importante mejoría clínica con desaparición de las dilataciones varicosas pélvicas.
Comentarios y conclusiones: La presencia de vena cava inferior izquierda es una anomalía en la embriogénesis con una incidencia en torno a 0,2-0,5%. En nuestra revisión solamente hemos encontrado otros dos casos presentando s. May-Thurner derecho y vena cava inferior izquierda. El tratamiento endovascular es, en nuestra opinión, el tratamiento de elección por su escasa morbilidad y excelente permeabilidad a largo plazo.

P87. EMBOLIZACIÓN RENAL EN PACIENTES CON POLIQUISTOSIS HEPATORRENAL

A. Velescu, C. Llort Pont, J.M. Maiques Llacer, A. Francés Comalat, O. Arango Toro, L. Calsina Juscafresa y F. Vidal-Barraquer Mayol

Hospital del Mar, Barcelona.

Objetivos: La poliquistosis hepatorrenal es una causa frecuente de enfermedad renal terminal (ERT). Puede comportar fenómenos compresivos por efecto masa (tracto gastrointestinal, corazón y pulmones), además de limitar el espacio para el trasplante. La embolización ha sido descrita como una técnica adecuada para disminuir el tamaño renal siendo menos agresiva que la nefrectomía. Objetivos: evaluar el resultado de la embolización renal en pacientes con poliquistosis hepatorrenal y ERT.
Material y métodos: Entre 02/2008 y 02/2011 se realizaron 12 embolizaciones en 10 pacientes (edad media 45 años; 80%varones): uno portador de trasplante renal funcionante, el resto en programa de hemodiálisis. Indicación: reducción del tamaño renal previo a trasplante en 9 pacientes y malnutrición en 1 paciente ya trasplantado. Las técnicas fueron realizadas por cirujanos vasculares, vía punción femoral, incluyendo embolización con micropartículas (100%) y eventualmente coils (33,3%). En 2 casos la técnica fue iterativa.
Resultados: No hubo morbimortalidad asociada a la técnica, aunque todos los pacientes presentaron dolor lumbar y/o fiebre inherente al procedimiento. De los 9 pacientes indicados de forma previa a un

trasplante, el tamaño renal disminuyó en 6 (5 ya trasplantados y 1 en lista de espera), dos fueron nefrectomizados por decisión ajena y sin re-embolización hasta conseguir el efecto deseado, y el último presenta un seguimiento demasiado corto. El paciente con malnutrición mejoró su estado clínico y parámetros analíticos.
Comentarios y conclusiones: La embolización renal en pacientes con poliquistosis hepatorrenal y ERT puede constituir una alternativa a la nefrectomía, efectiva, reproducible y con pocas complicaciones.

P83. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR URGENTE DE FÍSTULA ILÍACO-URETERAL SECUNDARIA

J. Taylor, J.A. Brizuela Sanz, V. Gastambide Norbis, B. Merino Díaz, A. Revilla Calavia, C. Vaquero Puerta y R. Salvador Calvo

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Objetivos: Las fístulas entre arteria ilíaca y uréter son una patología poco frecuente, pero grave y que amenaza la vida del paciente. Entre sus factores de riesgo están la cirugía vascular abdominal, la presencia de stents ureterales y los tumores y radioterapia abdómino-pélvicos. Presentamos un caso de fístula ilíaco-ureteral secundaria tratada mediante técnica endovascular.
Material y métodos: Paciente: varón de 69 años con antecedentes de bypass protésico iliofemoral izquierdo y estenosis ureteral izquierda (tratada mediante stent ureteral y catéter doble-J) que sufre varios episodios bruscos de hematuria franca con repercusión hemodinámica. En TC abdominal urgente se objetiva pseudoaneurisma anastomótico ilíaco que engloba el uréter izquierdo, que se encuentra dilatado y con sangre en su interior. Se realiza tratamiento endovascular urgente mediante embolización con coils de arteria hipogástrica izquierda (acceso percutáneo humeral izquierdo) y exclusión del pseudoaneurisma mediante endoprótesis Wallgraft (acceso femoral izquierdo), con control angiográfico postoperatorio satisfactorio.
Resultados: Tras la intervención desaparecen los episodios de hematuria. En TC postoperatorio se objetiva trombosis del origen de la arteria hipogástrica izquierda y exclusión completa del pseudoaneurisma. El paciente es dado de alta a los cinco días de la intervención. A los tres meses el paciente se encuentra asintomático y sin signos clínicos ni radiológicos de infección.
Comentarios y conclusiones: El tratamiento endovascular de las fístulas ilíaco-ureterales secundarias es una solución expeditiva, mínimamente invasiva y poco agresiva para el paciente ante una situación de riesgo vital urgente. El resultado a corto plazo es satisfactorio, aunque queda por dilucidar la evolución a medio y largo plazo.

P71. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LAS FUGAS TIPO 2 MEDIANTE CATETERIZACIÓN RETRÓGRADA DE LA ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR

I. Artigues Sánchez de Rojas, A. Talens Ferrando, E. Canelles López, M.J. Barbas Galindo, D. Flores López y J. Todolí Faubell

Hospital General Universitario.

Objetivos: Una de las complicaciones más frecuentes tras el tratamiento endovascular de los aneurismas aórticos son las fugas tipo 2. Tras su diagnóstico, generalmente se realiza su control evolutivo, y en no pocos casos no precisan tratamiento. En caso de crecimiento del aneurisma o de la fuga es recomendable su tratamiento. Si la fuga proviene del flujo retrógrado de la arteria mesentérica inferior (AMI) una posibilidad, es su embolización a través de las conexiones con la arteria mesentérica superior (AMS). Presentamos nuestra experiencia en este procedimiento.
Material y métodos: Desde junio del 200 a diciembre del 2010 se trataron 111 aneurismas de aorta infrarrenal mediante técnica endovascular. De ellos 47 fueron Zenith, 48 Excluder y 18 de otras marcas. Presentamos cuatro casos de fuga tipo 2 a través de la (AMI) tratadas mediante embolización retrógrada a través de la AMS mediante coils.
Resultados: De los cuatro casos, en tres se consiguió resolver la fuga (75%) mientras que en un paciente disminuyo la fuga en el TAC sin llegar a desaparecer. Actualmente está pendiente de nuevo control para observar evolución de la misma.
Comentarios y conclusiones: La embolización de la AMI mediante cateterización retrógrada de la AMS es una técnica factible y segura para el tratamiento de las fugas tipo 2 que provienen de la AMI, pudiendo realizarse con éxito en la mayoría de pacientes.

P84. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA DE AORTA TORÁCICA DESCENDENTE ROTO

D. Olmos Sánchez, J.M. Zaragozá García, V.A. Sala Almonacil, S.M. Morales Gisbert, I. Martínez Perelló y E. Ortiz Monzón

Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia.

Objetivos: Aportar nuestra experiencia mediante un caso clínico del tratamiento endovascular de un aneurisma de aorta torácica descendente roto.
Material y métodos: Presentamos el caso de un varón, de 80 años, sin antecedentes de interés, salvo herniorrafia inguinal bilateral, que acude a Urgencias por síncope y sudoración profusa fría, asociando dolor intenso súbito en región dorsal interescapular. A la exploración destaca una disminución del murmullo vesicular en hemitórax izquierdo y presencia de pulsos a todos los niveles. Se solicita angioTC torácico urgente, objetivando hemotórax izquierdo masivo por rotura de aneurisma de aorta torácica descendente (AATD) de 7 cm de diámetro que no compromete la salida de troncos supraaórticos ni viscerales, con presencia de sangrado activo.
Resultados: Se decide intervención quirúrgica urgente practicando bajo anestesia general, acceso quirúrgico inguinal derecho y punción transfemoral izquierda, exclusión endovascular de AATD roto con endoprótesis TAG Gore de 40 mm × 15 cm. Tras la intervención, precisa la colocación de drenaje endotorácico izquierdo, con salida de 1.500 cc de contenido hemático, tras la que presenta una importante mejoría hemodinámica, y la trasfusión de cuatro concentrados de hematíes. El paciente es extubado a las 48 horas y dado de alta a sala de hospitalización el sexto día postoperatorio. Durante su ingreso presenta neumonía postoperatoria e infección de tracto urinario tratadas mediante antibioterapia empírica, siendo dado de alta a los 15 días de la intervención. En angioTC de control, se objetiva AATD correctamente excluido sin endofugas. Al mes del alta, el paciente permanece asintomático, retornando a sus hábitos de vida previos independientes.
Comentarios y conclusiones: La reparación endovascular de aorta torácica ofrece un acceso menos invasivo para el tratamiento de AATD rotos, que hace unos años requeriría la práctica de una toracotomía abierta. Los resultados del tratamiento endovascular de AATD rotos son esperanzadores, a pesar de que, debido a la baja incidencia de esta patología, se sabe poco de los resultados a largo plazo.

P72. TRATAMIENTO DE ENDOLEAK TIPO IB TRAS REPARACIÓN ENDOVASCULAR DE ANEURISMA DE AORTA TORÁCICA MEDIANTE *SANDWICH TECHNIQUE*

B. Merino Díaz, N. Cenizo Revuelta, V. Gutiérrez Alonso, R. Salvador Calvo, A. Revilla Calavia y C. Vaquero Puerta

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Objetivos: Los endoleaks son la complicación más común tras EVAR. Diferentes procedimientos son empleados para tratar este tipo de fugas (balones, extensiones, agentes embolizantes), pero la proximidad de arterias vitales (viscerales, renales) dificulta su tratamiento y aumenta el riesgo de complicaciones. Presentamos un

caso en el que se empleó la técnica sándwich para tratar un endoleak tipo Ib tras EVAR.
Material y métodos: Varón de 75 años, con antecedentes personales de silicosis, fibrilación auricular y hepatopatía crónica. Intervenido en 2003 de aneurisma sacular de aorta torácica mediante endoprótesis Talent® y embolización de endoleak tipo Ib mediante Onyx® tres años después. Ingresa por crecimiento de endoleak tipo Ib, muy próximo al tronco celíaco, diagnosticado en angioTAC de control.
Resultados: Se realiza tratamiento mediante técnica sándwich implantando stent de Viabahn® en arteria mesentérica superior a través de acceso braquial y sellado de fuga mediante endoprótesis en encrucijada toracoabdominal a través de acceso femoral. No se registraron complicaciones perioperatorias. El angioTAC postquirúrgico de control a los 3 meses evidenció permeabilidad del Viabahn® (en origen de arteria mesentérica superior) y arterias renales; sin evidencia de fugas. Tronco celíaco permeable por colateralidad.
Comentarios y conclusiones: La técnica de sándwich en combinación con stents en chimenea permite la exclusión de endoleaks de otro modo no tratables debido a su proximidad a troncos viscerales. No obstante, el número de pacientes tratados hasta el momento es limitado para sacar conclusiones más sólidas en cuanto a permeabilidad y efectividad a largo plazo.

P86. FÍSTULA ARTERIO-VENOSA RENAL POSNEFRECTOMÍA

V. Santaolalla García, J. Aldea Martínez, M. Herrero Bernabé, J.M. Hípola Ulecia, M. Barbosa Barros, T. Hernández Carbonell y F.J. Mateos Otero

Hospital General Yagüe, Burgos.

Objetivos: Las fístulas arterio-venosas renales son una entidad rara. Pueden ser adquiridas, congénitas o idiopáticas; siendo las más frecuentes las secundarias a traumatismo. La clínica habitual suele ser hematuria e hipertensión, aunque puede presentarse años después del desarrollo de la fístula.
Material y métodos: Varón de 40 años, sin antecedentes de interés salvo nefrectomía derecha tras traumatismo abdominal cerrado hace 19 años. Remitido desde el servicio de Urología por hematuria e imagen ecográfica sugerente de aneurisma de vena cava, se solicita angio-TC donde se confirma la existencia de fístula renal a nivel del muñón de nefrectomía derecha con importante dilatación de vena renal y cava. Por punción femoral, se procede a la canalización de arteria renal mediante catéter tipo cobra 5F y colocación de introductor tipo Pinnacle Destination 8F a nivel de ostium renal. Se avanza oclusor tipo Amplatzer 14 mm, liberándose sin incidencias en arteria renal distal. La arteriografía de control mostró la completa exclusión de la fístula, persistiendo pequeño muñón en origen de renal. En ecografía posterior se confirmó dicho resultado, siendo dado de alta a las 48h, con buen control tensional y sin alteraciones de su función renal.
Resultados: Se trata de una patología poco frecuente, con una repercusión importante en cavidades cardíacas derechas, debido a su alto flujo, y que precisa su corrección precoz. Actualmente las técnicas de embolización resultan una alternativa efectiva y con bajas tasas de morbi-mortalidad.

P96. TRATAMIENTO DE ANEURISMA GIGANTE PROXIMAL DE ARTERIA SUBCLAVIA IZQUIERDA EN PACIENTE CON SÍNDROME DE MARFAN

C. Aloy Ortiz, X. Yugueros Castellnou, E. Fernández Castro, B. Álvarez García, J. Maeso Lebrun y M. Matas Docampo

Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.

Objetivos: Los aneurismas de troncos supraaórticos en pacientes con síndrome de Marfan presentan alta complejidad quirúrgica. Presentamos una paciente con aneurisma de arteria subclavia izquierda tratado mediante cirugía híbrida de la aorta torácica y troncos supraaórticos.
Material y métodos: Paciente de 13 años con antecedentes de síndrome de Marfan intervenida de aneurisma de aorta torácica ascendente 6 meses antes, con colocación de prótesis aórtica y conservación de válvula aórtica, que en angioTC de control se diagnostica de aneurisma de arteria subclavia izquierda de 6,5 cm de diámetro que se extiende desde su origen hasta la salida de arteria vertebral. Dada la elevada complejidad de cirugía abierta se decide practicar bypass carótido-subclavio izquierdo con PTFE, con ligadura de subclavia previa a salida de vertebral, y colocación de endoprótesis C-TAG en aorta torácica con anclaje proximal tras origen carótida primitiva izquierda. Dada la angulación del cayado aórtico la endoprótesis se queda anclada tapando prácticamente el ostium de carótida primitiva izquierda por lo que se realiza bypass carótido-carotídeo con PTFE.
Resultados: En el postoperatorio no presenta focalidad neurológica. En angioTC de control se observa correcta exclusión del aneurisma y permeabilidad de los bypass.
Comentarios y conclusiones: La combinación del tratamiento endovascular de la aorta torácica junto a la cirugía de derivación de troncos supraaórticos nos ha permitido disponer de una alternativa menos agresiva que la cirugía convencional.

P101. PLANTEAMIENTO ENDOVASCULAR Y COMBINADO EN EL TRATAMIENTO DE FÍSTULAS AORTO-ENTÉRICAS SECUNDARIAS

B. Vera Arroyo, R. Asensio García, J.P. Linares Palomino, S. Lozano Alonso, L.M. Salmerón Febres, V. Eugenia Ramos Gutiérrez y E. Ros Díe

Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

Objetivos: La fístula aortoentérica secundaria es poco frecuente, de gran morbilidad y mortalidad, y alto riesgo quirúrgico. El abordaje endovascular simplifica en tratamiento inicial, aunque existen dudas sobre su eficacia a largo plazo.
Material y métodos: CASO 1: Varón, 83 años. 24 años antes by-pass aorto-bifemoral. Presenta hemorragias digestivas bajas, con importante anemización. En angio-TAC: reacción inflamatoria periprotésica. Se evidencia fuga de contraste desde el by-pass a tubo digestivo mediante arteriografía intraopertoria procediéndose a implantar endoprótesis aorto-monoilíaca derecha y by-pass fémoro-femoral derecha-izquierda. Evolución favorable, sin episodios hemorrágicos. Alta con ciprofloxacino y metronidazol a largo plazo. Alta al mes, seguimiento a los 6 meses sin nuevas hemorragias. CASO 2: Varón, 72 años. 10 años antes by-pass aorto-bifemoral. Hemorragia digestiva alta, en angio-TAC cambios inflamatorios periaórticos en relación con 3ª-4ª porción de duodeno y burbujas periprotésicas. Se implanta endoprótesis aorto-monilíaca derecha con by-pass cruzado fémoro-femoral derecha-izquierda. Mediante laparotomía subcostal se localiza el orificio fistuloso en duodeno y se realiza reparación y epiplopastia. El paciente es mantenido con ertapenem y daptomicina 2 meses. Ante la persistencia de infección en TAC y gammagrafía, en un segundo tiempo quirúrgico se realiza by-pass axilo-femoral derecho, y mediante abordaje retoperitoneal explante del material protésico y ligadura de aorta e ilíacas con refuerzo del muñón aórtico con fascia lata. El paciente es dado de alta al mes sin tratamiento antibiótico.
Resultados: El tratamiento endovascular mediante implante de endoprótesis es una opción a tener en cuenta en el tratamiento de la FAE. Según el paciente puede suponer la resolución definitiva o provisional.

P85. ANEURISMA DE ARTERIA HEPÁTICA: UNA CAUSA INFRECUENTE DE FÍSTULA A DUODENO

B. Bodega Martínez, X. Admetller Castiglione, J. Briones Estébanez y S. Martínez Meléndez

Hospital General de Castellón.

Objetivos: Presentar un caso extraordinariamente raro de sangrado gastrointestinal tratado inicialmente con éxito mediante técnica endovascular.
Material y métodos: Varón de 40 años exfumador e hipertenso. Historia de dos meses de dolor epigástrico irradiado hacia espalda. Presenta episodio brusco de epigastralgia con hemorragia digestiva alta y baja acompañado de síncope. En gastroscopia se observa protrusión duodenal con erosión y sangrado en sábana. El angioTC objetiva la presencia de aneurisma fusiforme de arteria hepática común de 3 × 5,5 cm, con presencia de gas perianeurismático. Ante la sospecha de aneurisma fistulizado a duodeno se realiza embolización con coils mediante punción femoral izquierda.
Resultados: Tras el tratamiento desapareció la sintomatología. No se derivaron complicaciones hepáticas. En arteriografía intraoperatoria se objetivó la trombosis del aneurisma. La TC a la semana confirma igualmente la trombosis del aneurisma y la ausencia de alteraciones hepáticas.
Comentarios y conclusiones: Tras el tratamiento desapareció la sintomatología. No se derivaron complicaciones hepáticas. En arteriografía intraoperatoria se objetivó la trombosis del aneurisma. La TC a la semana confirma igualmente la trombosis del aneurisma y la ausencia de alteraciones hepáticas.

P100. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE PSEUDOANEURISMA AXILAR DE APARICIÓN SÚBITA EN PACIENTE CON TRAUMATISMO ANTIGUO

A. Salazar Álvarez, S. Stefanov Kiuri, L. Cuervo Vidal, J. Álvarez García, D. Fernández Caballero, C. Mendieta Azcona y Z. Ibrahim Achi

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Objetivos: Presentar el caso de una paciente tratada de pseudoaneurisma axilar mediante abordaje endovascular. Las lesiones de arterias axilares y subclavias son infrecuentes y las caracteriza su alta complejidad para ser abordadas quirúrgicamente.
Material y métodos: Paciente mujer de años de 87 años de edad, hipertensa, diabética, cardiópata isquémica crónica, portadora de bypass subclavio-humeral izquierdo de vena safena interna por rotura postraumática de arteria humeral hace 11 años, quien presenta desde hace tres días, masa pulsátil expansiva, no dolorosa, en región axilar izquierda. Acude a urgencias donde se realiza ecografía doppler y angioTC de miembro superior izquierdo en el cual se objetiva pseudoaneurisma de 4,5 × 4 × 5,5 cm (AP × T × CC) en transición subclavio-axilar izquierda. En vista de la edad y las comorbilidades de nuestra paciente se decide tratamiento endovascular de la lesión.
Resultados: Bajo anestesia local y sedación se procede a implantación de stent Wallgraft® de 8 × 50 mm y 8 × 30 mm a nivel subclavio-axilar mediante abordaje humeral ipsilateral. Se realiza control arteriográfico en quirófano objetivándose exclusión completa del mismo. 12 semanas después del procedimiento es revisada en Consultas Externas evidenciándose en control ecográfico pseudoaneurisma trombosado sin fugas.
Comentarios y conclusiones: La cirugía resolutiva abierta de lesiones postraumáticas arteriales es muy compleja, sobre todo si se trata de pacientes de avanzada edad con altos riesgos quirúrgicos y en zonas intervenidas con anterioridad y de difícil acceso. En nuestro caso, al tratarse de un aneurisma anastomótico, de aparición súbita pero 11 años después de la lesión traumática inicial, en paciente octogenaria con múltiples comorbilidades, consideramos indicado el uso de técnicas endovasculares para exclusión de la lesión, presentando resultados óptimos. La aplicación de estrategias endovasculares en el manejo de los traumatismos arteriales se encuentra aún en fase temprana de desarrollo y evaluación. Ofrece una alternativa atractiva al ser una opción mínimamente agresiva en comparación a las técnicas tradicionales por lo cual ha generado gran expectación para el tratamiento de esta patología.

P103. EMBOLIZACIÓN SELECTIVA DE PSEUDOANEURISMA Y FÍSTULA ARTERIOVENOSA RENAL SECUNDARIA A BIOPSIA RENAL PERCUTÁNEA

N. Rodríguez Espinosa, B. Gómez Moya y V. Martín Paredero

Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona.

Objetivos: Presentar caso clínico de embolización selectiva para resolución de pseudoaneurisma secundario a biopsia renal percutánea.
Material y métodos: Presentamos el caso clínico de un varón de 79 años que presentó 6 horas posbiopsia percutánea dolor abdominal agudo por lo que se realizó angioTC urgente evidenciando un hematoma pararrenal posterior y perirrenal izquierdo con imagen sugestiva de pseudoaneurisma con fístula arteriovenosa en polo inferior izquierdo. Se realizó arteriografía urgente dónde se confirmó y se procedió a la embolización percutánea selectiva de la rama de arteria polar inferior dependiente del pseudoaneurisma y fístula, anulando estos y conservando la perfusión y funcionalidad de la mayor parte del parénquima renal.
Resultados: La embolización selectiva renal percutánea en este caso resultó un tratamiento eficaz y mínimamente invasivo de éstas complicaciones potencialmente mortales con preservación del máximo parénquima renal.
Comentarios y conclusiones: Ante dolor abdominal agudo, hematuria, hipertensión y/o shock después de una biopsia percutánea se ha de descartar sangrado por pseudoaneurisma o fístula arteriovenosa renal. Un diagnóstico precoz y el tratamiento percutáneo con embolización de éstas constituyen una herramienta útil en el manejo de estas complicaciones poco frecuentes en las biopsias renales percutáneas.

P79. ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL INFLAMATORIO CON COMPRESIÓN URETERAL BILATERAL: TRATAMIENTO ENDOVASCULAR

E. Fraga Muñoz, J. Vidal Rey, I.M. López Arquillo, D.M. Anaya Sifuentes, T. Bolívar Gómez, J.M. Encisa de Sa y A. Rosendo Carrera

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

Objetivos: Presentar un caso clínico de un aneurisma de aorta abdominal (AAA) inflamatorio con afectación ureteral bilateral produciendo insuficiencia renal aguda (IRA) posrenal tratado mediante EVAR y nefrostomías percutáneas.
Material y métodos: Varón de 79 años que tras episodio de gastroenteritis aguda acude a Urgencias por sospecha de un cuadro de IRA obstructiva. Se realiza TC abdominal donde se observa un AAA de 5.4 cm de características inflamatorias con compresión ureteral bilateral. Se realizan nefrostomías percutáneas para tratamiento de la IRA. Posteriormente se excluye el AAA con endoprótesis Endurant 28 × 16 × 16 mm previa oclusión de arteria hipogástrica izquierda con Amplatzer 14 mm.
Resultados: El paciente es dado de alta en el 5º día postoperatorio asintomático y con recuperación de cifras basales de creatinina. En AngioTAC de control se observa una disminución del saco aneurismático, que produce la descompresión de los uréteres, recuperando la permeabilidad ureteral. Esto permite la retirada sin incidencias de las nefrostomías y el paciente recupera totalmente la

función renal. El tratamiento endovascular de los AAA inflamatorios presenta excelentes resultados en las series publicadas, si bien no hemos encontrado en la literatura la combinación del caso clínico presentado: Compresión ureteral bilateral con IRA posrenal y AAA inflamatorio tratado endovascularmente.
Comentarios y conclusiones: La presencia simultánea de un AAA inflamatorio con compresión ureteral bilateral es una extraordinaria forma de presentación de esta patología y el tratamiento endovascular puede ser una alternativa al clásico tratamiento quirúrgico, con buenos resultados y mínima morbimortalidad para el paciente.

P91. EMBOLIZACIÓN CON *COILS* DE LA LUZ FALSA PERSISTENTE DESPUÉS DEL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LA DISECCIÓN AORTICA TIPO B

A. Revilla Calavia, E.M. San Norberto García, V. Gutiérrez Alonso, R. Salvador Calvo, J. Taylor, M.V. Gastambide Norbis y C. Vaquero Puerta

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Objetivos: Tras la reparación quirúrgica de la disección aortica tipo Ao el tratamiento médico o endovascular de la disección tipo B la degeneración aneurismática de la aorta descendente se asocia con un elevado riesgo de reoperación y mortalidad.
Material y métodos: Presentamos el caso de un paciente de 67 años intervenido de disección tipo A que afecta a aorta ascendente y hemiarco con sustitución por prótesis de dacron. Tras 18 meses presenta episodios de dolor torácico asociados a dilatación aneurismática de cayado aórtico y aorta descendente de 78 mm de diámetro. Se procedió al tratamiento híbrido endovascular con anclaje en zona 0 y colocación de endoprótesis Valiant ($34 \times 34 \times 150$ y $34 \times 30 \times 150$). En el control al mes la luz falsa permanecía permeable por lo que se procedió a la embolización con coils de la misma mediante acceso femoral.
Resultados: No existió disección anterógrada, complicaciones neurológicas ni otras complicaciones mayores. La estancia hospitalaria fue de tres días. En el control posterior mediante TC muestra trombosis completa de la luz falsa a los tres meses con disminución del diámetro del aneurisma, cayado aórtico y aorta descendente a 62 mm tras 12 meses de seguimiento.
Comentarios y conclusiones: Los pacientes con disección tipo B tratados mediante endoprótesis con permeabilidad de la luz falsa tras 12 meses del tratamiento o crecimiento del diámetro aórtico se asocian a un elevado riesgo de reoperación y mortalidad. La embolización con coils puede trombosar la luz falsa hasta el final de la endoprótesis implantada. El riesgo de ruptura o muerte debidas a disección secundaria de la aorta descendente puede evitarse mediante esta técnica mínimamente invasiva.

P99. ABORDAJE ENDOLUMINAL DE LA PATOLOGÍA OCLUSIVA AORTOILÍACA UTILIZANDO LOS MATERIALES DISPONIBLES CON OTRA INDICACIÓN

J.J. Martín Cañuelo, E. Dóiz Artázcoz, J. Alcalde López, R. Laínez Rube, E. Evangelista Sánchez, J.F. López Atehortúa y M. Rodríguez Piñero

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Objetivos: En la actualidad, las guías clínicas publicadas recomiendan que el tratamiento de lesiones oclusivas extensas del sector aortoilíaco deben ser tratadas mediante cirugía convencional. Presentamos un caso complejo como ejemplo de la utilización de técnicas endovasculares para el tratamiento del esta patología.
Material y métodos: Paciente: varón de 65 años con clínica de claudicación intermitente a corta distancia y dolor de reposo incipiente. Diabetes mellitus. HTA. Ex-fumador. EPOC. Cáncer de colon intervenido. Ausencia de pulsos a todos los niveles en miembros inferiores. AngioRNM: oclusión de aorta terminal e ilíaca común izquierda. Permeabilidad de ilíacas común y externa derechas y de ilíacas externa e interna izquierdas. Se realiza abordaje de ambos trípodes femorales y canalización de femorales comunes. A través del acceso femoral derecho se recanaliza la oclusión de aorta distal y se realiza pre-dilatación de la misma con balón 6×60 mm. En la oclusión aórtica se implanta extensión ilíaca de Excluder (r) de $16 \times 14 \times 70$ mm. Posteriormente se realiza angioplastia con balón (12 mm) dentro de la prótesis. Así mismo por el acceso femoral izquierdo se recanaliza la ilíaca común izquierda y se implanta stent balón expandible de 7×40 mm.
Resultados: Excelente resultado angiográfico. Pulsos presentes a todos los niveles en ambos MMII.
Comentarios y conclusiones: 1) El tratamiento endovascular de las oclusiones extensas del sector aortoilíaco puede realizarse de forma segura y con buenos resultados. 2) En casos con lesiones muy calcificadas o muy extensas, el uso de stents recubiertos o endoprotesis puede ser una alternativa válida para realizar angioplastia a este nivel de forma más segura.