

## PANELES

### 1.ª Sesión

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

#### P71. EXPERIENCIA INICIAL EN EL TRATAMIENTO DE ANEURISMAS AORTOILIACOS MEDIANTE ENDOPRÓTESIS CON RAMA ILÍACA PARA PRESERVACIÓN HIPOGÁSTRICA

A. Apodaka Díez, M. Vila Atienza, D. Ruiz Chiriboga, M. Ramírez Senent, M. Ayala Strub y R. García Pajares

*Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.*

**Introducción y objetivos:** Describir nuestra experiencia inicial en el tratamiento endovascular de aneurismas aortoiliacos tratados mediante endoprótesis con rama ilíaca.

**Material y métodos:** Desde diciembre de 2009 a enero de 2012 (26 meses), 6 pacientes varones con aneurismas aortoiliacos con una edad media de 73 años (57-84) fueron tratados con el dispositivo Zenith Iliac Bifurcated Side-branch (ZBIS) (William Cook Inc, Brisbane, Australia). En cuatro casos se abordó conjuntamente el sector aórtico y el ilíaco asociando una endoprótesis artobiliaca al ZBIS. En dos pacientes se trató solo el eje ilíaco afectado. Se realizó un control clínico y de imagen, con angioTc al alta y periódicamente durante su seguimiento ambulatorio.

**Resultados:** Se obtuvo un éxito técnico primario en el 83,33% de los casos (5 de 6). En uno de los casos de tratamiento ilíaco aislado se requirió completar el procedimiento de forma diferida por falta de dispositivo de sellado proximal. La estancia media fue de 6,5 días (8-4 d), sin mortalidad en el postoperatorio inmediato. Se detectó un caso de endofuga tipo II en el seguimiento, siendo tratada de forma conservadora. En todos los pacientes, el diámetro de los aneurismas ha permanecido estable, sin documentarse ninguna ruptura o muerte asociada. Todas las ramas ilíacas se mantienen permeables en el seguimiento realizado hasta la fecha, sin detectarse eventos isquémicos relacionados.

**Conclusión:** En nuestra serie, el tratamiento endovascular de los aneurismas con afectación ilíaca mediante endoprótesis con rama permitió, preservar la arteria hipogástrica evitando eventos isquémicos, con buenos resultados a corto plazo y una baja morbilidad asociada.

#### P14. LIGADURA LAPAROSCÓPICA DE ARTERIAS LUMBARES Y ARTERIA MESENTÉRICA INFERIOR COMO TRATAMIENTO DE ENDOLEAKS TIPO II

K. Moncayo León, D. Couto Mallón, E. Epifantseva Igorevna, J. Moy Petersen, J. Garcia Casas y M. Ruibal Moldes

*Complejo Hospitalario de Pontevedra.*

**Introducción y objetivos:** Los endoleaks tipo II por flujo retrógrado de las arterias mesentérica inferior (AMI) y lumbares ocurren en el 20-30% de los tratamientos endovasculares de aneurismas aórticos (EVAR). Presentamos la ligadura laparoscópica de estas arterias como tratamiento de endoleak tipo II con crecimiento del saco aneurismático.

**Material y métodos:** Dos pacientes con aneurisma aórtico se intervinieron con EVAR. Durante el seguimiento se detectó crecimiento del saco aneurismático por endoleak tipo II y se trataron con ligadura laparoscópica. Se realiza seguimiento radiológico de los diámetros del saco.

**Resultados:** Caso 1: varón de 79 años, intervenido de EVAR por aneurisma de 6,6 cm en 2009 con endoprótesis aortobiliaca (Excluder 26 × 12 × 10). Durante el seguimiento en la TAC de control

presentó crecimiento del saco de 0,7 cm y presencia de endoleak tipo II, dependiente de arteria lumbar. Se realizó ligadura laparoscópica de arteria lumbar inferior izquierda. En la TAC de control cinco meses postintervención hay ausencia de endoleak. Caso 2: varón de 75 años, intervenido de EVAR en el año 2009 por aneurisma aórtico de 5,2cm con endoprótesis aortobiliaca (Excluder de 26 × 14 × 10). Presentó crecimiento de 1 cm durante dos años y medio en la TAC. Se ligaron laparoscópicamente dos arterias lumbares izquierdas, una lumbar derecha y AMI. En la TAC del postoperatorio hay ausencia de endoleak.

**Conclusión:** En nuestra experiencia la ligadura laparoscópica de arterias lumbares y AMI es una alternativa válida y coste-efectiva en el tratamiento del endoleak tipo II con crecimiento del saco aneurismático.

#### P47. FÍSTULA AORTOENTÉRICA SECUNDARIA A COLOCACIÓN DE ENDOPRÓTESIS DE AORTA ABDOMINAL POR ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL INFRARRENAL

J. Zarco Castillo, G. España Caparrós; M. Rubio Montaña y B. Cubo Cintas

*Hospital Moncloa. Madrid.*

**Introducción:** La colocación de endoprótesis de aorta abdominal para el tratamiento de los aneurismas de aorta abdominal es una técnica segura, sin embargo las complicaciones secundarias a su colocación se han incrementado con su mayor uso en los pacientes con enfermedad aneurismática, siendo la aparición de fístula aorto entérica una complicación poco conocida en los pacientes tratados con endoprótesis de aorta abdominal.

**Material y métodos:** Presentamos el caso clínico de un paciente de 83 años con antecedente de EPOC, portador marcapasos por BAV completo, operado de hamartoma pulmonar, poliposis colónica familiar y múltiples infecciones de origen urinario que presenta de urgencia un AAA infrarrenal sintomático colocándose una endoprótesis de aorta abdominal infrarrenal aorto uni iliaca, colocación de ocluser iliaco izquierdo y bypass femoro-femoral, presentando a los dos meses endofuga a través del ocluser iliaco izquierdo, realizándose extracción del ocluser y cierre de arteria iliaca izquierda vía retroperitoneal, durante el seguimiento se observa endofuga tipo II por AIM sin crecimiento del saco y al año ingresa por urgencias por cuadro de síndrome constitucional, fiebre, anemia y melenas, secundaria a la aparición de una fístula aorto entérica desde el cuerpo proximal de la endoprótesis a la 3era porción duodenal, operado por cirugía abierta con exclusión de la prótesis, cierre duodenal y cierre aórtico con realización de bypass axilo femoral derecho. **Resultados:** El paciente es dado de alta del servicio a las tres semanas del postoperatorio con bypass axilo-femoral derecho y bypass femoro-femoral permeables, con tratamiento antibiótico de amplio espectro, que incluyó tratamiento para candida por cultivo positivo de la prótesis explantada.

**Conclusión:** La presentación de fístula aorto-entérica postendoprótesis de aorta abdominal es una complicación poco conocida, que requiere una alta sospecha clínica, con una etiología multifactorial, siendo la infección y la presencia de endofugas las causas más frecuentes descritas en la literatura.

#### P96. EMBOLIZACIÓN ASISTIDA POR ENDOPRÓTESIS PARA EL TRATAMIENTO DE UN ANEURISMA DEL TRONCO CELÍACO

A. Plaza Martínez, D. Cester Ves, B. Genovés Gascó y F. Gómez Palonés

*Hospital NISA 9 de Octubre. Valencia.*

**Introducción y objetivos:** Los aneurismas del tronco celiaco son infrecuentes pero son lesiones con riesgo de rotura. Las técnicas endovasculares son las más utilizadas para su tratamiento por su

baja morbimortalidad. Presentamos una modificación de la técnica de embolización asistida por stent, utilizada en el tratamiento de aneurismas intracraneales, para excluir un aneurisma de tronco celiaco.

**Material y métodos:** Varón de 67 años, a quien previamente se había excluido un aneurisma sintomático de aorta abdominal de 70 mm de diámetro, con oclusión de la arteria mesentérica inferior y de ambas hipogástricas. El angio-TC mostraba un aneurisma del tronco celiaco de 50 mm de diámetro, con un cuello proximal de 6 mm de diámetro, una arteria hepática de 10 mm y una arteria esplénica de 6 mm, con riesgo de endofuga a través de la arteria no excluida.

**Resultados:** Debido a sus características anatómicas, a la conveniencia de mantener permeable al menos la arteria esplénica y al riesgo de endofuga a través de la arteria hepática, se realizó una exclusión hacia la arteria esplénica utilizando dos endoprótesis cubiertas y se rellenó la cavidad del aneurisma con siete espirales metálicas implantadas por un catéter colocado peri-endoprótesis. En la arteriografía de control se apreció la exclusión del aneurisma sin fugas. Las únicas incidencias postoperatorias fueron hipertransaminasemia e ictericia, resueltas espontáneamente. A los 18 meses de seguimiento, el paciente se encuentra asintomático y en el angio-TC de control se aprecia reducción del diámetro del aneurisma (30 mm), permeabilidad de la endoprótesis y repermeabilización de la arteria hepática distal a través de la gastroduodenal, sin relleno del saco.

**Conclusión:** La embolización asistida por endoprótesis es una técnica factible y segura, que ha permitido la embolización selectiva del saco aneurismático y mantener un flujo directo a la arteria esplénica e indirecto a la arteria hepática.

## **P20. ANEURISMA COMPLEJO DE ARTERIA RENAL: NEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA, REPARACIÓN EX VIVO Y AUTOTRASPLANTE**

A. García Familiar, V. Rodríguez Sáenz de Buruaga, I. Larrañaga Oyarzabal, F. Ortiz Gutiérrez, J. Sánchez Abuín y J. Egaña Barrenechea

*Hospital Universitario Donostia. San Sebastián.*

**Introducción y objetivos:** La panarteritis nodosa (PAN) es una vasculitis necrotizante cuyo hallazgo más característico en la arteriografía es la presencia de aneurismas saculares múltiples. Los aneurismas de la arteria renal son raros. La mayoría se pueden tratar mediante reconstrucción in vivo o técnicas endovasculares. Aquellos de morfología compleja precisan reparación ex vivo y autotrasplante. La nefrectomía laparoscópica presenta menor morbilidad que la cirugía abierta.

**Material y métodos:** Varón de 54 años que debutó con hemoperitoneo por ruptura de aneurisma esplénico. Tras corrección quirúrgica, en la angiografía se visualizaron aneurismas renales bilaterales. El estudio anatomopatológico de arteria esplénica diagnosticó PAN. Inició tratamiento con corticoides y ciclofosfamida. El aneurisma renal izquierdo fue susceptible de embolización endovascular. El aneurisma renal derecho presentaba morfología compleja localizándose en la bifurcación de la arteria por lo que precisó reconstrucción quirúrgica. Se realizó nefrectomía derecha laparoscópica extrayendo el riñón mediante incisión de Gibson. En banco, se llevó a cabo aneurismectomía y reconstrucción de las dos arterias hiliares con vena safena interna revertida en Y. A través de la incisión en fosa iliaca derecha se reimplantó el riñón en el sistema iliaco común derecho. Se realizó ureterocistostomía.

**Resultados:** El procedimiento transcurrió con éxito sin incidencias en el postoperatorio inmediato. El eco-Doppler mostró permeabilidad de las anastomosis y fue dado de alta a los 7 días con una correcta función renal. Al mes de seguimiento, no presentó morbilidad y preservaba permeabilidad del injerto.

**Conclusión:** La reparación de aneurismas complejos de la arteria renal se presenta como un reto para los equipos quirúrgicos. Esta técnica combina las ventajas de la laparoscopia mínimamente invasiva con la eficacia de la reparación ex vivo del hilio renal.

## **P06. ALTERNATIVA QUIRÚRGICA DE RECURSO EN PACIENTES SIN INDICACIÓN TÉCNICA DE EXCLUSIÓN ENDOVASCULAR Y ELEVADO RIESGO QUIRÚRGICO**

M. Martínez Pérez, J. Fernández Noya y J. Villaverde Rodríguez

*Complejo Hospitalario Universitario. Santiago de Compostela.*

**Introducción y objetivos:** El aumento de expectativa de vida da lugar a que, actualmente, se presenten pacientes con AAA sintomáticos (fisurados o no) sin indicación anatómica de endoprótesis estándar y con elevado riesgo quirúrgico en la cirugía abierta convencional, que demandan tratamiento porque no se resignan a esperar la muerte por rotura aneurismática. Se le ofrece como alternativa la revascularización extraanatómica y la resección aneurismática. El objetivo es analizar los resultados obtenidos con ésta actitud terapéutica.

**Material y métodos:** Fueron tratados 6 pacientes con edad media 78,8 años y AAA sintomático (uno con rotura posterior contenida) de 5,2 a 8 cm de diámetro. Todos tenían patología cardio-respiratoria severa y riesgo anestésico ASA III-IV. En todos se practicó bypass axilobifemoral y resección aneurismática.

**Resultados:** Como complicaciones post-operatorias se registró un caso de neumonía y otro de perforación intestinal resueltos satisfactoriamente. El resultado global fué satisfactorio en los 6 pacientes con un seguimiento entre 6 meses y 14 años. A los 8 años se registró el éxito de un paciente por neoplasia pulmonar.

**Conclusión:** La derivación axilobifemoral y la resección aneurismática nos parece, a la vista de los resultados, una alternativa terapéutica útil en los pacientes con AAA sintomáticos, sin indicación anatómica de endoprótesis estándar y elevado riesgo quirúrgico convencional, que demandan tratamiento. Nos refuerza en la idea de que no hay técnicas obsoletas sino indicaciones inoportunas.

## **P21. NEOBIFURCACIÓN AÓRTICA MEDIANTE TRATAMIENTO ENDOVASCULAR**

V. Rodríguez Sáenz de Buruaga, A. García Familiar, I. Larrañaga Oyarzabal, J. Sánchez Abuín, M. de Blas Bravo y J. Egaña Barrenechea

*Hospital Universitario Donostia. San Sebastián.*

**Introducción y objetivos:** Presentar el tratamiento endovascular y seguimiento de 3 pacientes con enfermedad oclusiva aortoiliaca extensa, lesiones TASC C y D.

**Material y métodos:** Se presentan los casos de una mujer de 65 años y dos hombres de 55 y 57 años. Seguidos en consultas externas por claudicación intermitente que progresó hasta ser invalidante. Tras realización de prueba de imagen diagnóstica (TC o ARMN) y su condicionante de alto riesgo quirúrgico, se decidió realizar tratamiento endovascular de sus lesiones aortoiliacas. El procedimiento se realizó bajo anestesia general y mediante acceso femoral percutáneo bilateral, excepto en un paciente que requirió exposición quirúrgica. Inicialmente se recanalizaron ambos ejes iliacos implantándose stents balón-expandibles en aorta distal. La bifurcación aortoiliaca se reconstruyó mediante la implantación de stents recubiertos balón-expandibles según la técnica de kissing-balloon. El cierre arterial se realizó mediante sistema percutáneo excepto en una ocasión.

**Resultados:** Fueron dados de alta a las 24 horas de la intervención sin complicaciones reseñables. En el seguimiento a 6 meses, se presentaron asintomáticos y con incremento del ITB.

**Conclusión:** La corrección endovascular de las lesiones TASC C y D se presenta como una opción segura y eficaz a corto y medio plazo, representando una alternativa menos agresiva para pacientes considerados de alto riesgo quirúrgico.

### P13. REPARACIÓN ENDOVASCULAR DE ANEURISMAS INFECCIOSOS

L. Revueta Mariño, M. Fernández Fernández, A. Ortigosa Mateo, M. González Gay, A. Zanabali Al-Sibbai, L. Cambor Santervas y J. Gutiérrez Julián

*Hospital Central de Asturias. Oviedo.*

**Introducción y objetivos:** El aneurisma micótico es una patología infrecuente pero grave. El tratamiento convencional (desbridamiento del tejido afectado y revascularización "in situ" con aloinjertos o bien extraanatómica) implica una elevada morbilidad. Se considera que el tratamiento endovascular podría tener un papel en esta patología, ofreciendo el beneficio de una menor agresividad quirúrgica. Revisamos nuestra experiencia en el tratamiento endovascular de esta patología.

**Material y métodos:** Revisamos la base de datos de procedimientos aórticos mantenida de forma prospectiva desde el año 2003 hasta la actualidad seleccionando aquellas reparaciones endovasculares realizadas en aneurismas micóticos.

**Resultados:** Dos varones de 64 y 84 años con antecedentes de leucemia linfocítica crónica (LLC) y de infarto agudo de miocardio respectivamente, que debutaron con fiebre y dolor abdominal. En los hemocultivos se aislaron *Salmonella Enteritidis* y *Yersinia*. El tratamiento se realizó con una endoprótesis monoiliaca y by-pass femoro-femoral en uno de los casos y una endoprótesis aorto-biiliaca en el otro. Los dos asociaron tratamiento antibiótico durante el ingreso y mantuvieron la cobertura antibiótica tras el alta. Uno de los pacientes falleció a los 5 años por sepsis de origen respiratorio en el contexto de LLC. El segundo caso tras un seguimiento de 12 meses no ha presentado nuevos síntomas

**Conclusión:** El tratamiento endovascular de aneurismas infecciosos puede ser una alternativa en casos seleccionados.

### P60. CIRUGÍA HÍBRIDA EN EL TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA DEL ARCO AÓRTICO Y DE LOS ANEURISMAS TORACOABDOMINALES

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

*Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí. Sabadell. Barcelona.*

**Introducción y objetivos:** La reparación mediante cirugía abierta del arco aórtico (cirugía extracorpórea e hipotermia profunda) y de los aneurismas toracoabdominales (AATA) está asociada a una elevada tasa de morbimortalidad. Objetivo: evaluar los resultados del tratamiento híbrido de los aneurismas de aorta torácica (AAT) con afectación del arco aórtico o de las arterias viscerales a corto y medio plazo.

**Material y métodos:** Han sido registrados pacientes con AAT intervenidos entre 2003 y 2008 mediante endoprótesis aórtica, considerados de alto riesgo para cirugía abierta y no candidatos para tratamiento endovascular estándar por inadecuada zona de anclaje proximal o distal. Se ha realizado la evaluación preoperatoria de todos ellos mediante angio-TC; y el seguimiento con Rx y angio-TC al mes, a los 6 meses y anual.

**Resultados:** Se realizaron 7 procedimientos híbridos. Edad mediana: 69 años (rango: 42-78). Diámetro aórtico medio: 65 mm. Patologías intervenidas: 4 aneurismas de cayado aórtico, 1 endofuga tipo I por crecimiento arco aórtico (endoprótesis AAT 2 años antes),

1 pseudoaneurisma tardío postcirugía de coartación de aorta y 1 AATA (Crawford-V). Procedimientos: 6 bypass carotidocarotideo ± carotidosubclavio, 1 bypass de aorta a tronco celiaco y AMS; seguimientos de colocación de endoprótesis de aorta torácica (Medtronic-Va-liant), con anclaje en zona-1 (1 caso) y zona-2 (5 casos); 1 caso sellado distal suprarrenal. Éxito técnico: 100%. Seguimiento medio: 50,4 meses. Hallazgos: 2 endofugas tipo-III tratadas endovascularmente y 1 endofuga primaria tipo-II que no precisó tratamiento. **Conclusión:** La reparación de los aneurismas de aorta torácica con afectación del arco aórtico o arterias viscerales mediante procedimientos híbridos es una técnica viable (baja morbilidad) en pacientes de alto riesgo, si bien precisa de un seguimiento exhaustivo.

### P62. HISTORIA NATURAL DEL SÍNDROME POSTIMPLANTACIÓN EN EL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMAS DE AORTA

L. Calsina Juscafresa, E. Mateos Torres, A. Velescu, C. Llorc Pont, M. Mellado Joan, E. Paredes Mariñas y A. Clará Velasco

*Hospital del Mar. Barcelona.*

**Introducción y objetivos:** A pesar de su patrón variado y evolución benigna, el síndrome post-implantación condiciona un diagnóstico diferencial con infección que a menudo resulta en antibioterapias innecesarias y/o retrasos en el alta hospitalaria. El objetivo del presente estudio es describir la presentación y evolución en los casos diagnosticados en nuestro centro.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo sobre 86 pacientes consecutivos (80% varones; edad = 74,3 años) tratados con endoprótesis por aneurismas aórticos (61,6% aortobiiliacas; 10,5% aorto-uniiliacas; 20,9% aortoaórticas) de forma programada entre 2008-2011. Se valoraron: morfología del aneurisma (diámetro, localización), intervención (tipo endoprótesis, duración cirugía), seguimiento postoperatorio clínico, analítico y por angioTAC.

**Resultados:** 23 pacientes (27%) presentaron aumento de temperatura (11% febrícula; 16% fiebre > 38°) y en 30 (35%) aumentaron los leucocitos > 20% (73% en rango patológico), presentándose simultáneamente en 21 (25%). El aumento de temperatura se inició, como media, el segundo día post-intervención, con pico el tercero y normalización al sexto día, en 1 caso demorándose hasta 22 días. El pico máximo de leucocitosis y PCR fue a las 72 h. Las endoprótesis aortobiiliacas se asociaron a mayor elevación de leucocitos ( $p = 0,005$ ) y marginalmente de PCR ( $p = 0,057$ ) y fiebre ( $p = 0,09$ ). No se detectaron asociaciones significativas con otras variables. No hubo ningún caso de infección protésica durante el seguimiento (media = 28 meses).

**Conclusión:** El síndrome postimplantación es una entidad frecuente que cursa con un patrón de respuesta inflamatoria bastante característico. Son necesarios estudios prospectivos que permitan diferenciarlo con precisión de otros trastornos clínicos y así evitar tratamientos y/o ingresos innecesarios.

### P82. ENDOPRÓTESIS CON RAMAS EN EL TRATAMIENTO PRESENTE Y FUTURO DE LOS ANEURISMAS TORACOABDOMINALES COMPLEJOS. NUESTRA EXPERIENCIA

M. Zaplana Córdoba, A. Martínez Monsalve, M. Cambroner Aroca, O. Cosín Sales, D. Ballesteros Ortega, E. Juliá Molla y A. Masegosa Medina

*Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.*

**Introducción y objetivos:** La evolución de las endoprótesis ramificadas y fenestradas ha impulsado el tratamiento endovascular de la aorta visceral y el cayado aórtico lo que supone un descenso de la morbimortalidad de estos pacientes y el planteamiento de tratamiento de aneurismas complejos en los que previamente se hubiera

descartado cualquier tipo de tratamiento. La experiencia de nuestro centro se limita a un caso siendo el objetivo compartir la planificación y resultados del caso piloto.

**Material y métodos:** Presentación de un caso y revisión de la bibliografía.

**Resultados:** Varón de 68 años con antecedentes personales de insuficiencia cardíaca secundaria a cor pulmonale y enfermedad pulmonar obstructiva severa que fue diagnosticado de forma incidental de aneurisma de aorta torácica de 83 mm con afectación de ramas viscerales y aneurisma de aorta abdominal de 60 mm. Debido al elevado riesgo quirúrgico, se propuso tratamiento endovascular a pesar de la complejidad anatómica para lo que se diseñó una endoprótesis modular a medida con ramas viscerales (Cook®). El procedimiento se realizó en la sala de Radiología Intervencionista con anestesia general. A través de un abordaje quirúrgico femoral se implantó el componente torácico, seguido del visceral tetrarramificado y de la endoprótesis abdominal bifurcada y rama contralateral. Mediante abordaje quirúrgico axilar izquierdo se capturaron las cuatro ramas viscerales y se implantaron los stents cubiertos (Fluency®) reforzados con stents libres (Zilver®). El procedimiento se completó en 6 horas y no hubo complicaciones intra y postoperatorias. La angio-TC de control a los cuatro meses confirmó la ausencia de endofugas y la permeabilidad de las ramas viscerales.

**Conclusión:** El tratamiento de aneurismas complejos toracoabdominales con endoprótesis ramificadas personalizadas es un procedimiento posible y que ofrece menores tasas de morbimortalidad que la cirugía abierta. Se trata de un procedimiento todavía poco extendido, de cierta complejidad y elevado coste pero supone el futuro como técnica de elección en estos pacientes.

## P76. REPARACIÓN DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL EN SITUS INVERSUS TOTALIS

C. Riera Hernández, P. Pérez Ramírez, C. Esteban Gracia, M. Jiménez Olivera y S. Llagostera Pujol

*Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Barcelona.*

**Introducción y objetivos:** El situs inversus totalis (SIT) es un síndrome congénito poco frecuente, con una prevalencia estimada de 1/10.000 nacimientos, que consiste en la posición sagitalmente invertida de los órganos tóraco-abdominales. El objetivo de la presentación de este caso es explicar las particularidades en la reparación de un aneurisma de aorta abdominal infrarrenal en un paciente con SIT.

**Material y métodos:** Paciente varón de 69 años con hipertensión arterial, dislipemia, hiperuricemia e HBP. De manera casual, en el estudio de imagen preoperatorio mediante TAC por otra patología, se constata la presencia de: SIT y aneurisma de aorta abdominal infrarrenal de 6 × 5,5 cm, que se extiende caudalmente hasta la bifurcación iliaca sin evidenciarse rotura. Tras completar el estudio, se decide que el paciente es tributario de reparación quirúrgica, practicándose by-pass aorto-aórtico desde aorta yuxtarenal hasta la bifurcación aórtica con prótesis de Dacron de 20 mm. El procedimiento quirúrgico se realizó desde la derecha del paciente mediante mini-laparotomía media sin evisceración y con desplazamiento del paquete intestinal a hemiabdomen izquierdo.

**Resultados:** Tras la intervención el paciente evoluciona favorablemente sin presentar complicaciones postoperatorias, encontrándose asintomático en todo momento y con controles posteriores correctos.

**Conclusión:** Es de gran importancia conocer la presencia de este síndrome con el fin de planificar la cirugía y evitar complicaciones técnicas quirúrgicas inesperadas. A pesar del limitado número de casos documentados, el SIT no resulta un problema quirúrgico. Aunque se recomienda realizar el abordaje desde la izquierda del paciente, en nuestro caso el abordaje tradicional no conllevó complicaciones.

## 2.ª Sesión Jueves, 31 de mayo (08:00-09:00 h)

### P28. ANGIOSARCOMA EPITELIOIDE SOBRE FÍSTULA ARTERIOVENOSA EN PACIENTE TRASPLANTADO RENAL

G. Edo Fleta, J. Escandón Álvarez, J. Zaragoza García, F. Gómez Palonés, V. Sala Almonacil y E. Ortiz Monzón

*Hospital Dr. Peset. Valencia.*

**Introducción y objetivos:** Presentar un caso de tumoración maligna sobre una fístula arteriovenosa radiocefálica (FAVR) para hemodiálisis, y revisión de la literatura.

**Material y métodos:** Varón de 34 años remitido por tumoración ulcerada y sangrante sobre FAVR, que recibió múltiples intentos de reparación mediante resección, embolización y ligadura, por diagnóstico de pseudoaneurisma venoso con sangrado persistente, en otro centro. Como antecedentes destacar: HTA, hemosiderosis, hiperparatiroidismo secundario y VHC+; en insuficiencia renal desde la infancia y programa de hemodiálisis a través de FAVR. Trasplante renal en dos ocasiones (1988 y 1991), con rechazo crónico de ambos injertos a pesar de tratamiento inmunosupresor. Dada la evolución tórpida, se decide exéresis de la tumoración remitiendo la muestra para estudio histológico.

**Resultados:** En el estudio anatomopatológico se aprecian grupos de células epitelioideas con marcada atipia y alto índice mitótico, inmunohistoquímica positiva para CD31, CD34, factor VIII y paraqueratinas, que confirman su origen endotelial. Ante el diagnóstico de angiosarcoma epitelioide, debido a su agresividad y mal pronóstico, se decide amputación antebraquial.

**Conclusión:** Los angiosarcomas epitelioideos son tumores de muy baja prevalencia, menos del 1% de todos los sarcomas, pero muy agresivos y con mal pronóstico vital. La inmunosupresión crónica y la presencia de un flujo turbulento en la región de una FAV, pueden contribuir a la formación de esta neoplasia. Ante un alto índice de sospecha, evolución tórpida de FAV en trasplante renal e inmunosuprimido, se debe realizar una biopsia para la confirmación del estudio histológico, siendo necesaria la amputación en la mayoría de los casos.

### P83. EXPERIENCIA CON ENDOPRÓTESIS EN TRASPLANTADOS RENALES

L. Cuervo Vidal, A. Fernández Heredero, M. Gutiérrez Nistal, N. Concepción Rodríguez, J. Álvarez García y L. Riera de Cubas

*Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

**Introducción y objetivos:** Presentar nuestra experiencia en cuanto evolución y complicaciones con el uso de endoprótesis para el tratamiento de aneurismas de aorta abdominal (AAA) en pacientes con trasplante renal.

**Material y métodos:** Se realiza un análisis retrospectivo de los pacientes con trasplante renal tratados con endoprótesis aórtica por aneurisma de aorta abdominal, entre 2002 y 2011 en nuestro centro.

**Resultados:** Durante el período analizado, se trataron cuatro pacientes trasplantados con endoprótesis: 2 tipo Talent (1 aorto-monoiliaca derecha y 1 bifurcada) y 2 Endurant (1 aorto-monoiliaca derecha y 1 bifurcada). Tres pacientes se trataron de forma electiva por AAA asintomático y uno fue intervenido de urgencia por disección tipo B sintomática y AAA infrarrenal. Todos los pacientes son varones con una media de edad de 64 años, y presentan HTA y cardiopatía isquémica como antecedentes personales. El éxito técnico fue del 100% y solo el paciente intervenido de urgencia (Talent aorto-monoiliaca) fue reintervenido al mes por hallazgo de fuga tipo 1 proximal con crecimiento sintomático del AAA. Sólo en un

caso se registra empeoramiento de la función renal durante el período postoperatorio pero sin afectación a largo plazo del transplante renal.

**Conclusión:** El empleo de endoprótesis en pacientes con transplante renal no supone un mayor índice de complicaciones aunque son necesarios estudios de mayor tamaño muestral.

#### P08. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR EN UN CASO DE ATRAPAMIENTO DE LA VENA RENAL IZQUIERDA

J. Taylor, E. San Norberto, V. Gastambide Norbis, B. Merino, A. Revilla Calavia, I. Estevez Fernández y C. Vaquero Puerta

*Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

**Introducción y objetivos:** El síndrome de Nutcracker o del Cascanueces se caracteriza por el atrapamiento de la vena renal izquierda (VRI) entre la aorta y la arteria mesentérica superior (AMS). Es una patología extremadamente rara, manifestándose usualmente con hematuria y dolor en flanco izquierdo secundarios a hipertensión en la VRI. Su tratamiento tradicional ha sido la cirugía abierta. Describimos un caso tratado mediante técnicas endovasculares.

**Material y métodos:** Un varón de 16 años ingresa por clínica de hematuria no filiada de larga evolución. Mediante angio-RNM se detectó un atrapamiento de la VRI a su paso entre la aorta y la AMS. Tras acceso por punción de la vena femoral derecha, y mediante un control tanto flebográfico como con un dispositivo IVUS, se implantó un stent autoexpandible (Wallstent, Boston Scientific) de 24 × 100 mm que posteriormente se dilató con un balón XXL de baja presión (Boston Scientific).

**Resultados:** El paciente fue dado de alta 24 horas tras la intervención con tratamiento antiagregante indefinido. El control mediante Eco-Doppler al mes y angio-TC a los seis meses mostraban que el stent seguía permeable y sin estenosis hemodinámicamente significativas. La hematuria desapareció 3 días tras la intervención.

**Conclusión:** El tratamiento mediante angioplastia/stent del síndrome de Nutcracker representa una opción terapéutica poco agresiva y segura a tener en cuenta. El empleo del IVUS puede ser de gran ayuda durante el diagnóstico invasivo y la elección del dispositivo a implantar, al aportar una imagen del diámetro de la vena renal a lo largo de toda su longitud sin depender de proyecciones flebográficas en múltiples dimensiones. El tratamiento endovascular puede ser considerado como tratamiento de elección de esta patología.

#### P50. EXCLUSIÓN ENDOVASCULAR DE UN PSEUDOANEURISMA GIGANTE ILÍACO EN INJERTO RENAL NO FUNCIONANTE

J. Moy Petersen, D. Couto Mallón, J. Domínguez Bahamonde, E. Epifantseva Igorevna y K. Moncayo León

*Complejo Hospitalario de Pontevedra. Hospital Montecelo.*

**Introducción y objetivos:** Los pseudoaneurismas tras trasplante renal son infrecuentes. Se dividen en intrarrenales (más frecuente) y extrarrenales. Presentamos un paciente con pseudoaneurisma extrarrenal en injerto no funcionante.

**Material y métodos:** Varón 39 años, antecedentes: cifoescoliosis severa, en programa de hemodiálisis 01/1993. Primer trasplante renal 09/1993 - trasplantectomía 11/1993. Junio 2000 segundo trasplante -rechazo 12/2001. Intentos fallidos fístulas arteriovenosas (FAV) en brazos. 2003 FAV femoro- safena PTFE MII. 01/2009 intercambio parcial loop femoral por dos pseudoaneurismas. 03/2009: hematoma organizado, linfocele asociado a loop femoral, cultivo (+) Enterococcus faecalis y Proteus mirabilis. En enero 2012 es trasladado del Servicio de Urología por hallazgo accidental de pseudoaneurisma gigante arteria iliaca externa izquierda

**Resultados:** Exploración: pulsos(+). Masa pulsátil en fosa iliaca izquierda. Exámenes complementarios: Analítica solo destaca alteración creatinina (5,34 mg/dl). Angiotac abdominal: Gran pseudoaneurisma de 10,5 × 9,2 cm con extenso trombo mural. Intervención de urgencia; punción retrógrada contralateral, arteriografía (AGF), relleno tardío del saco en zona de transición arteria iliaca común - externa, probablemente por hiperflujo por loop inguinal, exclusión con endoprótesis VIABAHN 13 mm × 10 cm, AGF ausencia de endofugas, relleno tardío por colaterales en arteria hipogástrica. De alta a los 4 días tras la intervención. Reingresa a los 21 días por trombosis FAV. Se realiza FAV humero - axilar brazo izquierdo con PTFE 7 × 4 mm. Control al mes, angioTAC abdominal: pseudoaneurisma excluido, diámetro 9,6 × 6,7 cm.

**Conclusión:** El tratamiento no está establecido. La cirugía clásica puede ser un procedimiento complejo dada la adherencia y fibrosis. El tratamiento endovascular es una alternativa válida sobre todo en pacientes de alto riesgo pero faltan más estudios en estos casos.

#### P72. PSEUDOANEURISMA COMPLICADO DE ARTERIA POLAR RENAL TRAS NEFRECTOMÍA POR ANGIOMIOLIPOMA GIGANTE

A. Craven-Bartle Coll, E. Evangelista Sánchez, R. Conejero Gómez, F. Arribas Aguilar, E. García Turrillo, E. Doiz Artazcoz y M. Rodríguez Piñero

*Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.*

**Introducción y objetivos:** Los pseudoaneurismas de arteria renal (PAR) son una entidad clínica rara, difíciles de diagnosticar y de tratar. Son una posible complicación en procedimientos percutáneos, biopsias, trasplantes y traumatismos renales, litotricias ureteroscópicas, así como en las nefrectomías parciales abiertas (0,5%) y en las laparoscópicas (1,7%).

**Material y métodos:** Mujer de 28 años con esclerosis tuberosa y nefrectomía total izquierda por angiomiolipoma gigante hacía tres años (laparotomía pararectal). Ingresó por cuadro de dolor abdominal y anemización con masa en flanco izquierdo hiperpulsátil no dolorosa, diagnosticándose tras ecografía abdominal de PAR izquierda de más de 10 cm de diámetro. En angioTAC abdominal se confirma el PAR de 14 × 10 cm permeable y con trombo de distintas densidades; riñón derecho angiomiolipomatoso de gran tamaño (30 cm longitudinal). Cifras de creatinina de 1,3 mg/dl. En arteriografía, vía femoral derecha, con cateterización selectiva de arteria renal y polar inferior izquierda (PII), se confirmó que el pseudoaneurisma dependía de PII. Se realizó embolización con oclusión de PII con Amplatzer de 8 × 13,5 mm AVP. En el control angiográfico posterior el pseudoaneurisma no estaba permeable.

**Resultados:** Alta hospitalaria a las 24 horas, con cifras de creatinina conservadas y masa abdominal no pulsátil.

**Conclusión:** a) Los PAR requieren un alto grado de sospecha diagnóstica ya que en la mayoría de los casos asocian síntomas inespecíficos, incluso pudiéndose manifestar por sangrado masivo secundario a su rotura. b) Se pueden tratar de forma segura, rápida y exitosa mediante embolización arterial transcáteter, considerándose el tratamiento de elección por su baja morbimortalidad.

#### P59. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE PSEUDOANEURISMA Y FÍSTULA ARTERIOVENOSA INTRARRENAL POST-BIOPSIA

E. Mateos Torres, C. Lloret Pont, L. Calsina Juscafresa, A. Velescu, M. Mellado Joan, K. Guevara y A. Clará Velasco

*Hospital del Mar. Barcelona.*

**Introducción y objetivos:** Descripción de un caso clínico de fístula arteriovenosa intrarenal como complicación post-biopsia de riñón trasplantado.

**Material y métodos:** Paciente mujer de 48 años trasplantada renal (heterotópico de donante cadáver) desde hace 2 años y con antecedentes de DM-II, HTA, ingresada en Nefrología por fracaso renal agudo en el contexto de 1) necrosis tubular aguda secundaria a deshidratación por gastroenteritis, y 2) probable rechazo agudo por dudosa adherencia al tratamiento inmunosupresor. Se le realizó biopsia renal percutánea presentando posteriormente hematuria y empeoramiento progresivo de función renal, requiriendo incluso hemodiálisis. Se practicó eco-Doppler renal que puso en evidencia hematoma a nivel de segmento renal medio con imágenes compatibles con pseudoaneurisma y fístula arteriovenosa (FAV). Se realizó arteriografía selectiva de riñón trasplantado confirmándose la presencia de 3 FAV dependientes de rama segmentaria de la arteria renal, una de ellas de alto débito que se embolizó con éxito con 2 microcoils. Las restantes (de calibre muy reducido) se trombosaron espontáneamente por el bloqueo de flujo secundario a su cateterismo selectivo.

**Resultados:** El eco-Doppler posprocedimiento mostró correcta resolución del pseudoaneurisma y la FAV. La paciente evolucionó correctamente con mejoría progresiva de la función renal y sin necesidad de hemodiálisis al alta

**Conclusión:** Las fístulas arteriovenosas son una complicación conocida de las biopsias renales percutáneas. El eco-Doppler renal permite la detección precoz de complicaciones vasculares post-biopsia. Las técnicas endovasculares de embolización arterial superselectiva constituyen una buena opción terapéutica para este tipo de complicaciones con mínima pérdida de masa renal.

#### P97. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA ENTRE EL MUÑÓN DE ARTERIA RENAL DERECHA Y VENA CAVA POSNEFRECTOMÍA

A. González Méndez, A. Sánchez Guerrero, S. Redondo Teruel, I. Vargas Ureña, A. Rodríguez Montalbán y R. Gesto Castromil

*Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

**Introducción y objetivos:** Presentamos un caso de fístula arteriovenosa entre el muñón de arteria renal derecha y vena cava post-nefrectomía tratado de forma endovascular.

**Material y métodos:** Varón de 57 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a urgencias tras traumatismo. A su llegada presenta inestabilidad hemodinámica y dolor lumbar. Se realiza eco-fast que es positivo y se decide laparotomía exploradora, realizándose nefrectomía derecha y esplenectomía. Tras la intervención continúa hemodinámicamente inestable. Se solicita arteriografía, donde se observa fístula arteriovenosa de alto flujo entre muñón de arteria renal derecha y vena cava inferior. Tras cateterización selectiva de arteria renal derecha se intenta embolización con dos amplatzer plug IV, siendo imposible. Se decide embolización con 4 coils 5 mm-5 cm y gelatina absorbible, consiguiendo su oclusión.

**Resultados:** Tras el procedimiento presenta mejoría hemodinámica, permitiendo retirada de soporte hemodinámico y preservando función renal.

**Conclusión:** La fístula arteriovenosa del hilio renal postnefrectomía es una complicación poco frecuente, más aún entre arteria renal y vena cava inferior. Se suelen producir por la ligadura conjunta del pedículo renal. Un 70% se describen en el lado derecho. Se diagnostican de forma tardía, años tras la cirugía, aunque existen casos diagnosticados el primer año postoperatorio. Producen un shunt izquierda-derecha que induce hipertensión refractaria a tratamiento e insuficiencia cardíaca congestiva. Entre las opciones terapéuticas destaca la cirugía y la embolización. Existen varias técnicas de embolización, siendo lo más utilizado los coils. El principal problema es el riesgo de embolización a la circulación pulmonar. La embolización de la fístula es una opción terapéutica válida.

#### P.04 REPARACIÓN ENDOVASCULAR URGENTE DE PSEUDOANEURISMA ILÍACO ROTO POSTTRANSPLANTECTOMÍA RENAL

M. Acosta Silva, E. Martel Almeida, S. de Varona Frolov, G. Volo Pérez, P. Betancor Heredia, R. Banda Bustamante y E. Bordes Galván

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

**Introducción y objetivos:** La incidencia de pseudoaneurismas en el lecho de una transplantectomía renal es baja. Presentamos un caso de reparación endovascular urgente de un pseudoaneurisma roto de arteria iliaca derecha en una paciente de 51 años con insuficiencia renal crónica a la que se le había retirado 11 años antes un riñón trasplantado en dicha localización tras desarrollar fracaso del injerto. Acudió al Servicio de Urgencias por cuadro de dolor abdominal difuso de una semana de evolución acompañado de sudoración, náuseas y vómitos.

**Material y métodos:** Se realizó una ecografía abdominal urgente en la que se objetivó la existencia de hemoperitoneo sin un origen claro y TC abdominal con contraste visualizando una formación pseudoaneurismática de 4,4 × 5 × 5,2 cm en fosa iliaca derecha con un cuello dependiente de la arteria iliaca externa derecha y abundante hemoperitoneo. Estos hallazgos eran compatibles con la ruptura del pseudoaneurisma. Bajo anestesia local y sedación, se implantó una endoprótesis Viabahn® en la arteria iliaca externa derecha, observándose en el control angiográfico la exclusión del pseudoaneurisma y comprobando la permeabilidad de la arteria.

**Resultados:** Tras el procedimiento se realizó un control final en el que se descartó la presencia de fugas, poniéndose de manifiesto un excelente resultado angiográfico. Durante el postoperatorio la paciente desarrolló un deterioro de su función renal basal en el contexto de la utilización de contraste yodado, la anemia y un síndrome diarreico, por lo que se trasladó al Servicio de Nefrología. Fue dada de alta 8 días después estando asintomática y con recuperación de su función renal.

**Conclusión:** Tradicionalmente, el tratamiento de elección de un pseudoaneurisma iliaco era la cirugía abierta mediante resección e interposición de una prótesis. Resulta un procedimiento complejo y, en los pseudoaneurismas residuales, la cirugía implica dificultades técnicas sobreañadidas, al tener que rediseñar un campo quirúrgico fibrótico con aumento del riesgo de lesiones. El tratamiento endovascular de un pseudoaneurisma iliaco roto podría resultar una alternativa rápida, segura y efectiva, dada la menor invasividad y no precisar anestesia general, además de los buenos resultados obtenidos a corto y medio plazo.

#### P-70. ANEURISMA MICÓTICO SUPRARRENAL POR CLOSTRIDIUM SEPTICUM Y ADENOCARCINOMA DE CIEGO

L. Saiz Villoria, F. Gallardo Pedrajas, M. García López, I. Mosquera Martínez, M. Peralta Moscoso, S. Caeiro Quinteiro y F. Franco Meijide

*Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.*

**Introducción y objetivos:** El *Clostridium septicum* es un patógeno muy poco frecuente en la etiología de los aneurismas micóticos y presenta una fuerte asociación con el cáncer de colon, fundamentalmente a nivel del ciego. El rápido crecimiento y su tendencia a la rotura, asociados a una elevada mortalidad, hacen necesario su tratamiento quirúrgico sin demora.

**Material y métodos:** Varón de 69 años que ingresó para estudio de fiebre de origen desconocido y que fue diagnosticado de adenocarcinoma de ciego moderadamente diferenciado. Paralelamente se objetivó un aneurisma aórtico suprarrenal de morfología sacular y rápido crecimiento (3,8 a 4,4 cm en dos exploraciones sucesivas con 24 días de diferencia). Mediante laparotomía y rotación visceral

se realizó bypass de aorta supraceliaca a las arterias mesentérica superior, hepática y renal derecha, así como aneurismectomía y nefrectomía izquierda (por afectación renal) y bypass aorto-aórtico. El material protésico empleado fue Dacron. En el mismo procedimiento se procedió a hemicolectomía derecha e ileostomía. El cultivo de la pared aórtica fue positivo para *Clostridium septicum*. No hubo complicaciones postoperatorias. El régimen antibiótico consistió en 6 semanas con Imipenem y al alta, 4 semanas con cefditoren y metronidazol.

**Resultados:** El seguimiento a 6 meses mediante angioTC mostró la permeabilidad de la reconstrucción sin complicaciones.

**Conclusión:** Los aneurismas micóticos suponen en torno al 1% del total de aneurismas aórticos y están asociados a un elevado riesgo de rotura dado su rápido crecimiento. Esta elevada tendencia a la rotura plantea la necesidad de un tratamiento quirúrgico rápido y agresivo asociado a antibioterapia prolongada.

#### P61. CIRUGÍA HÍBRIDA PARA LA REPARACIÓN DE UN PSEUDOANEURISMA MICÓTICO DE AORTA SUPRARRENAL

D. Barriuso Babot, S. Florit López, C. Peñas Juárez, L. Peña Morillas, T. Solanich Valldaura, I. Constenla García y A. Giménez Gaibar

*Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí. Sabadell. Barcelona.*

**Introducción:** Los pseudoaneurismas micóticos aórticos son una entidad poco frecuente, pero potencialmente letales, teniendo la cirugía abierta una alta tasa de morbimortalidad.

**Objetivo:** Presentamos el caso de un varón con pseudoaneurisma micótico rupturado, reparado mediante cirugía híbrida en dos tiempos.

**Material y métodos:** Varón de 70 años, ex-fumador e HTA, intervenido hace 2 meses de aneurisma poplíteo izquierdo, con un angio-TAC aórtico que no evidenciaba patología aneurismática aórtica. Ingresa por cuadro de fiebre y dolor lumbar de características inflamatorias, de pocas semanas de evolución, con hemocultivos positivos a *S. aureus*. Exploración: masa pulsátil centroabdominal. Angio-TAC: pseudoaneurisma sacular de aorta abdominal suprarrenal en pared posterior, contenido, de 13 × 11 × 11,5 cm de diámetro máximo y con cuello a nivel de L1-L2.

**Resultados:** Se realiza cirugía de derivación de troncos viscerales mediante bypass hepato-renal derecho y secuencial del mismo a arteria mesentérica superior con prótesis de PTFE 6 mm en un primer tiempo quirúrgico. A las 48 horas, se practica exclusión del pseudoaneurisma de aorta mediante implantación de endoprótesis tipo Endurant de 25 mm, distal a tronco celiaco. Angiografía peroperatoria: Correcta exclusión pseudoaneurisma y permeabilidad de los injertos viscerales. Al alta el paciente se encuentra asintomático con correcta función renal. AngioTC de control: correcta exclusión del pseudoaneurisma, con bypass viscerales permeables, sin endofugas.

**Conclusión:** La cirugía híbrida puede ser una alternativa menos agresiva a la cirugía abierta convencional, en pseudoaneurismas micóticos aórticos con afectación visceral.

#### P43. PSEUDOANEURISMA MICÓTICO DE AORTA ABDOMINAL A CAUSA DE UNA ESPONDILODISCITIS POR *ESCHERICHIA COLI*

B. López de la Franca Beltran, M. Jiménez Olivera, G. Esteban Gracia, P. Pérez Ramírez y S. Llagostera Pujol

*Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Barcelona.*

**Introducción y objetivos:** Los aneurismas micóticos son una entidad poco frecuente con alta tasa de morbimortalidad. Los bacilos gram negativos como *E. coli*, raramente son el agente etiológico de

esta patología, aunque cuando es así, ensombrecen claramente el pronóstico y un diagnóstico precoz es fundamental. Nuestro objetivo es presentar el caso clínico de un paciente con aneurisma micótico abdominal a raíz de una espondilodiscitis por *E. coli*.

**Material y métodos:** Varón de 63 años que ingresa en urgencias por shock séptico y dolor lumbar izquierdo irradiado a hipogastrio. Se realiza TC abdominal objetivándose aneurisma aórtico abdominal infrarenal de características micóticas. Se cursan hemocultivos y se inicia tratamiento antibiótico empírico con Piperacilina/Tazobactam. Después de la estabilización del paciente, se decide colocación de endoprotesis aórtica. Los hemocultivos son positivos para *E. coli* sensible a Cotrimoxazol por lo que se cambia el tratamiento con buena evolución posterior y alta con hospitalización domiciliar. Veinte días después, realiza nuevo cuadro séptico grave y dolor lumbar izquierdo, con persistencia de los hemocultivos positivos. Con TC abdominal sin cambios, se realiza RMN lumbar que muestra espondilodiscitis L2-L3, decidiéndose iniciar antibioticoterapia endovenosa de nuevo con Cotrimoxazol y Gentamicina.

**Resultados:** Después de seis semanas de antibioticoterapia endovenosa y rehabilitación, el paciente presenta correcta evolución junto con negativización de los hemocultivos.

**Conclusión:** El EVAR podría ser la estrategia alternativa para la gestión de los aneurismas de aorta abdominal micóticos, sobre todo en enfermos críticos, aunque los estudios no demuestran diferencias estadísticamente significativas.

#### P49. PSEUDOANEURISMA MICÓTICO ESPONTÁNEO DE ARTERIA SUBCLAVIA PROXIMAL SECUNDARIO A BACTERIEMIA

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

*Complejo Hospitalario de Pontevedra. Hospital Montecelo.*

**Introducción y objetivos:** Los pseudoaneurismas micóticos espontáneos (PME) son excepcionales. Presentamos un paciente con un PME en el ostium de arteria subclavia izquierda (ASI) secundario a bacteriemia.

**Material y métodos:** Varón de 57 años con antecedentes de diabetes mellitus, gastropatía y hepatopatía enólicas. Presentó disfgia y dolor torácico persistente tras infección respiratoria tratada con quinolonas 1 mes antes. Pruebas complementarias: Leucocitosis ( $17,3 \times 10^9$ ) sin anemia (Hb 15,3 g/dL). Hemocultivos positivos para staphylococcus aureus meticilin sensible. La angioTC identifica un pseudoaneurisma sacular con signos de infección de 4,6 × 3 cm dependiente del origen de ASI.

**Resultados:** Mediante abordaje axilar de urgencia se implanta ocluidor (Talent Occluder, Medtronic 12 × 31 mm) en origen de ASI preservando arteria vertebral. Con exclusión satisfactoria en control angiográfico presentando buena perfusión de la extremidad. Se instauró antibioterapia de amplio espectro. En el 9º día postoperatorio presenta dolor torácico intenso y shock hipovolémico. La angioTC revelaba sangrado activo proximal al ocluidor con hematoma paramediastínico y hemotórax. Mediante abordaje retroperitoneal izquierdo se implantó endoprótesis en aorta torácica (Endurant, Medtronic 22 × 150 mm) excluyendo ASI. Mediante abordaje supraclavicular se liga ASI proximal a arteria vertebral. En el postoperatorio inmediato persiste coagulopatía y anemia. Se revisa mediante esternotomía media reparando rotura en arco aórtico. Se obtiene material purulento en saco pseudoaneurismático, cultivo positivo para staphylococcus aureus. El paciente es éxitus a las 12 horas.

**Conclusión:** Los pseudoaneurismas micóticos presentan un elevado riesgo de rotura. La exclusión endovascular presenta resultados aceptables pero en situaciones de urgencia, como en nuestro caso, está supeditada al material disponible en stock. La degeneración arterial es un condicionante si el margen de maniobra es estrecho.

### 3.<sup>a</sup> Sesión

#### Viernes, 1 de junio (08:00-09:00 h)

#### P16. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO URGENTE DE TROMBO MÓVIL EN CARÓTIDA INTERNA

D. Sisa Elizeche, B. Álvarez García, N. Allegue Allegue, F. Luccini Aguilera, E. Fernández Castro y M. Matas Docampo

*Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.*

**Introducción y objetivos:** La presencia de trombo móvil en la bifurcación carotídea con embolización distal y clínica neurológica es una entidad poco frecuente. Presentamos un caso que tratamos mediante abordaje quirúrgico y extracción del trombo.

**Material y métodos:** Paciente de 48 años fumadora e hipertensa. Acude a urgencias de nuestro centro por cuadro de disminución del nivel de conciencia y hemiparesia derecha con recuperación en menos de 6 horas. Se realiza RM por difusión objetivándose infartos isquémicos corticales en territorio frontera de hemisferio izquierdo y en territorio de arteria cerebelosa superior derecha. Se realiza ecocardiografía que descarta etiología cardioembólica y se realiza eco-Doppler de troncos supraórticos que objetiva trombo móvil en bifurcación carotídea izquierda sin estenosis carotídea asociada. En la angioRm intracraneal se objetiva arteria trigeminal persistente lo que explica las áreas isquémicas en ambos hemisferios. Se inicia tratamiento anticoagulante y se decide cirugía urgente practicándose extracción del trombo a través de arteriotomía longitudinal previa heparinización sistémica y clampaje de carótida interna para evitar embolicaciones peroperatorias. No focalidades neurológicas centrales ni periféricas. Se realiza estudio de trombofilia con resultados normales. A los seis meses no recurrencia de ictus y correcta permeabilidad de la carótida interna.

**Resultados:** No focalidades neurológicas centrales ni periféricas en el postoperatorio inmediato. A los seis meses no recurrencia de ictus y correcta permeabilidad de la carótida interna.

**Conclusión:** El trombo móvil en la arteria carótida interna es una entidad infrecuente. Aunque hay autores que proponen la medicación anticoagulante como tratamiento, creemos que la extracción del trombo es una técnica que ofrece resultados inmediatos con baja morbilidad.

#### P40. ANEURISMAS DE ARTERIA CARÓTIDA EXTRACRANEAL. A PROPÓSITO DE 2 CASOS

E. Bordes Galván, G. Volo Pérez y S. de Varona Frolov

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

**Introducción y objetivos:** Se describen los casos de un varón de 76 años y una mujer de 78 con aneurismas de arteria carótida extracraneal y diferente forma de presentación en cada paciente. Se revisa la literatura publicada en Medline hasta la fecha.

**Material y métodos:** En ambos casos se realizó una ecografía doppler y una arteriografía de troncos supraaórticos preparatorio, objetivándose en la mujer la presencia de una dilatación aneurismática de la arteria carótida interna izquierda mientras que, en el varón, esta patología pasó inadvertida a dichas pruebas, habiéndose diagnosticado una estenosis crítica de dicha arteria, por lo que el diagnóstico del aneurisma se realizó intraoperatoriamente.

**Resultados:** En los dos casos se procedió a la resección del aneurisma y reconstrucción mediante injerto desde la arteria carótida común a la arteria carótida interna, así como ligadura de la arteria carótida externa, persistiendo ambos pacientes neurológicamente asintomáticos, con el injerto permeable y sin estenosis hasta su última revisión.

**Conclusión:** Los aneurismas carotídeos constituyen una patología infrecuente pero importante. Hasta la actualidad, el tratamiento quirúrgico de resección con restauración de la continuidad arterial

ha sido la técnica de elección, constituyendo las técnicas endovasculares una alternativa reciente de la que se desconocen, aún, sus resultados a largo plazo.

#### P66. PSEUDOANEURISMA INFECCIOSO DE TIBIAL POSTERIOR

A. Revilla Calavia, J. Taylor, L. Carpintero Mediavilla, J. González Fajardo, I. Estévez Fernández, B. Merino Díaz y C. Vaquero Puerta

*Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

**Introducción y objetivos:** La presencia de edema en la pantorrilla sin antecedentes traumáticos, es generalmente debido a una trombosis venosa profunda, ruptura del quiste de Baker o tumoración de hueso o partes blandas. Los pseudoaneurismas de arteria tibial posterior son raros y en la mayoría de los casos son secundarios a traumatismos o iatrogenia, siendo excepcional la causa infecciosa.

**Material y métodos:** Describimos el caso de un paciente ingresado por un cuadro de endocarditis que presentaba dolor, edema en el tercio distal de la pierna derecha de dos semanas de evolución. En el momento del ingreso en nuestro servicio el paciente presenta parestesias y paresia de pie (pie equino). Tras la realización de la ecografía se observa una imagen compatible con pseudoaneurisma de arteria tibial posterior. Se confirmó el diagnóstico mediante AngioTC en el que se observaba un gran pseudoaneurisma en región gemelar de la pierna derecha de 17 x 9,6 cm el plano coronal y 8 cm de profundidad que estaba en relación con el origen de la arteria tibial posterior. Al ingreso se realizó fasciotomía de pierna derecha, recuperando sensibilidad y movilidad del pie. De forma programada y mediante un abordaje posterior se realizó la ligadura de la arteria tibial posterior y evacuación del abundante trombo que comprimía las estructuras adyacentes.

**Resultados:** Tras la cirugía el paciente evolucionó favorablemente siendo dado de alta a los seis días de la intervención. En el estudio microbiológico del trombo que contenía el pseudoaneurisma se encontró crecimiento de *Staphylococcus Haemolyticus*.

**Conclusión:** La existencia de un pseudoaneurisma en arteria tibial posterior en el contexto de una endocarditis en una identidad rara que puede provocar síntomas de compresión de estructuras vecinas si alcanza un gran tamaño.

#### P56. HEMANGIOMA INTRAMUSCULAR EN RELACIÓN CON EL MÚSCULO ESCALENO MEDIO: A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Peralta Moscoso, F. Gallardo Pedrajas, M. García López, L. Saiz Villorio, I. Mosquera Martínez, E. Díaz Vidal y R. Segura Iglesias

*Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.*

**Introducción y objetivos:** Las malformaciones vasculares representan algunos de los retos más importantes a los que se enfrentan los cirujanos vasculares y otros especialistas, por ser trastornos variados y con frecuencia de presentación rara. Entre los tumores del cuello los hemangiomas son extremadamente raros, con frecuencia de presentación del 0,5 al 1%, lo cual dificulta el diagnóstico y tratamiento.

**Material y métodos:** Paciente de 21 años con antecedentes de esplenectomía por esferocitosis hereditaria, resección de hemangioma intramuscular en región latero-cervical derecha a los 16 años, vuelve a presentar una tumoración en dicha región de crecimiento acelerado, que incrementa de volumen con maniobras de valsalva. La resonancia magnética pre-operatoria muestra masa 8 x 5 x 3,5 cm de contornos polilobulada, bien delimitada a espacio supraclavicular por detrás del músculo esternocleidomastoideo, hipervascularizada compatible con hemangioma. El paciente fue sometido a arteriografía previa a cirugía con la finalidad de embolizar los principales vasos nutricios y posterior exéresis, a través de los músculos esternocleidomastoideo y supraclavicular, encontrándose relacionada

con músculo escaleno medio y plexo braquial, sin llegar a comprometer estructura nerviosa y/o vascular. El estudio anatomopatológico concluyó recidiva de hemangioma intramuscular.

**Resultados:** El paciente se encuentra sin secuelas ni recurrencias hasta el último control, con función del plexo braquial normal.

**Conclusión:** La combinación de estudios con resonancia magnética y angiográficos, permitir tener un diagnóstico preoperatorio más preciso, que puede permitir un mejor planeamiento quirúrgico. La embolización de masas tumorales grandes con gran componente vascular previo a la cirugía puede tener mejores resultados que la exéresis simple.

### P97. ROTURA DE ANEURISMA DE ARTERIA FEMORAL COMÚN SECUNDARIO A ARTERITIS INFECCIOSA

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

*Hospital General de Castellón.*

**Introducción y objetivos:** Los aneurismas verdaderos de la arteria femoral común (diámetro > 1,5-2 cm) son poco frecuentes. Se dividen en tipo I (no afecta a AFP) y II (englobando origen de AFP). La arterioesclerosis es su principal causa. Están descritos síntomas compresivos (dolor, edema del miembro por compresión de vena femoral), la trombotosis aguda (15%), la embolización distal (26%) y la rotura (0-24%). Su reparación debe llevarse a cabo si el diámetro supera los 2,5-3 cm o si son sintomáticos. Presentamos el caso de un paciente afecto de una rotura de AFC secundario a una causa a penas descrita en la literatura en esta localización: infección por *Salmonella*.

**Material y métodos:** Varón de 76 años sin antecedentes de interés. Acude a urgencias por cuadro de 7 días de evolución de dolor inguinal y edema a tensión del MID. A la exploración física encontramos masa inguinal derecha pulsátil con pulsos arteriales conservados. Se realiza angioTAC pélvico informado como gran rotura contenida de aneurisma de femoral común de 2 cm de diámetro máximo. Se interviene de urgencias interponiendo injerto de PTFE de plata desde arteria iliaca externa a AFC distal (aneurisma tipo I). Se toman muestras de pared arterial para anatomía patológica y microbiología. Curso postoperatorio desfavorable con infección severa de herida inguinal, cultivo intraoperatorio y hemocultivos en planta positivos a *Salmonella Tiphymurium*. Ecocariodrama normal.

**Resultados:** Tras diagnóstico definitivo de arteritis infecciosa de femoral común derecha se procede a reintervenir al paciente realizando exéresis de injerto de PTFE + bypass extranatómico con VSI invertida vía obturador dejando herida inguinal abierta para granular por segunda intención.

**Conclusión:** Cuatro son los distintos tipos de aneurisma infectado: aneurisma micótico (origen en endocarditis a través de vasa vasorum), arteritis infecciosa (contaminación de placa ateromatosa por bacteriemia), pseudoaneurisma postraumático infectado y la infección de aneurisma ya existente. En la arteritis infecciosa, *Salmonella* es el germen más frecuentemente aislado seguido de *E. coli* y *Staphylococcus*. La afectación periférica es realmente baja, siendo el eje aortoiliaco el lugar de mayor prevalencia (77%). Cinco son las modalidades quirúrgicas descritas.

### P104. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE PSEUDOANEURISMA ESPONTÁNEO DE AORTA TORÁCICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

F. Moreno Machuca, F. Diéguez Rascón, J. López Lafuente,  
G. Núñez de Arenas Baeza, V. García-Prieto Bayarri,  
J. Haurie Girelli y J. González Herráez

*Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme. Sevilla.*

**Introducción y objetivos:** Los pseudoaneurismas de aorta torácica tienen una baja incidencia en nuestra población. Se trata de una patología grave que requiere de intervencionismo urgente.

**Material y métodos:** Presentamos un caso de pseudoaneurisma de aorta torácica resuelto mediante terapia TEVAR. Caso 1: varón de 60 años, fumador y dislipémico, que acude a urgencias con dorsalgia de 3 semanas de evolución, asociando disnea a mínimos esfuerzos y disfagia a sólidos y líquidos. No se objetiva anemia importante (Hb 11,6 gr/dl). Ingresa a cargo del Servicio de Enfermedades Digestivas con sospecha de neoplasia esofágica. Se realiza estudio endoscópico visualizándose masa pulsátil que ocluye el esófago a 30 cm de la arcada dentaria. En angio-TC de urgencia se evidencia pseudoaneurisma de aorta torácica descendente de 66 × 68 × 71 mm, con colapso de aurícula izquierda y luz esofágica.

**Resultados:** Dada la patología del paciente se decide intervención urgente mediante la colocación de endoprótesis torácica (TAG) de 31 × 100 mediante acceso femoral, con excelente resultado angiográfico final (exclusión completa del pseudoaneurisma). El paciente evoluciona favorablemente de su patología aórtica, con disminución progresiva de hematoma periaórtico en TC de control. Sin embargo, durante los días del postoperatorio, tras la reintroducción de la dieta, el paciente comienza con clínica respiratoria subsidiaria de IOT, objetivándose mediante esofagoscopia y broncoscopia fístula broncoesofágica pendiente en la actualidad de resolución.

**Conclusión:** La terapia endovascular se presenta como una opción segura y efectiva en el tratamiento de pseudoaneurismas de aorta torácica, ya que permite la exclusión del mismo del flujo aórtico sellando el orificio de fuga.

### P55. ANEURISMA ROTO DE ARTERIA PANCREÁTICO-DUODENAL INFERIOR ASOCIADO A ESTENOSIS DEL TRONCO CELÍACO

E. Santamarta Farina, E. Martínez Aguilar, S. Fernández Alonso,  
L. Fernández Alonso, M. Atienza Pascual, J. Alegret Solé  
y R. Centeno Vallepuga

*Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.*

**Introducción y objetivos:** Los aneurismas de las arterias pancreático-duodenales (APD) representan menos del 2% de los aneurismas viscerales.

**Material y métodos:** Mujer de 59 años sin antecedentes de interés. Debuta 24 horas antes con dolor en fosa renal izquierda irradiado a epigastrio, asociado a náuseas y malestar general. En TAC abdominal se observa gran hematoma retroperitoneal, imagen sugestiva de pseudoaneurisma de arteria mesentérica superior (AMS) y estenosis ostial del tronco celíaco (TC). Es trasladada a nuestro hospital, donde se confirma arteriográficamente rotura de aneurisma de APD inferior y se intenta su embolización; tras numerosos intentos infructuosos y dada la situación clínica de la paciente se decide cirugía urgente: laparotomía exploradora, maniobra de Kocher amplia, localización de APD inferior con hematoma periarterial y rotura completa de la misma, realizándose ligadura arterial, packing y second look 24 horas después. Evolución postoperatoria satisfactoria, permaneciendo a los 6 meses asintomática.

**Resultados:** Los aneurismas de APD son excepcionales, se asocian en la mitad de los casos con estenosis/oclusión del TC. La mayor parte son diagnosticados tras su ruptura, sólo el 35% son hallazgos casuales. Dada la ausencia de relación tamaño/ruptura y la alta tasa de mortalidad de ésta, todos deberían ser tratados. La literatura presenta casos aislados; inicialmente manejados mayormente con cirugía pero con el desarrollo de las técnicas endovasculares, la embolización viene siendo el tratamiento de elección.

**Conclusión:** La ruptura de estos aneurismas requiere un rápido manejo. Las técnicas endovasculares permiten confirmar la causa del sangrado, establecer el diagnóstico definitivo y tratar mediante su embolización, dejando relegada la cirugía a casos seleccionados.

### P69. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LOS ANEURISMAS VISCERALES: SERIE RETROSPECTIVA

B. Genovés Gascó, D. Olmos Sánchez, A. Torres Blanco, G. Edo Fleta, F. Gómez Palonés y E. Ortiz Monzón

*Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.*

**Introducción y objetivos:** Los aneurismas viscerales (AV) son infrecuentes y diagnosticados de forma casual en su mayoría. Clásicamente se han tratado mediante cirugía abierta con unas tasas de mortalidad de hasta el 5% en la cirugía electiva. El objetivo es describir nuestra experiencia en el tratamiento endovascular de esta entidad.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo de los 9 pacientes con AV intervenidos de forma consecutiva y electiva entre 2006 y 2011 en nuestro centro.

**Resultados:** El 55% de los pacientes fueron varones, con una media de edad de 53,4 años (rango: 26-77). Las localizaciones de los aneurismas fueron: arteria renal (4), hepática (2), esplénica (2) y tronco celiaco (1). La media de seguimiento fue de 18 meses (rango: 1-42). Se realizó embolización con espirales metálicas en 3 de los casos, colocación de stent y embolización posterior del saco en 2 y exclusión mediante endoprótesis cubierta en 3. Se obtuvo éxito técnico inicial en 8/9 pacientes (88%). El único fracaso fue debido a la imposibilidad de cateterizar la arteria afecta por una anatomía compleja. Se observaron complicaciones perioperatorias en 1/9 pacientes (tasa del 11%). Esta complicación consistió en un hematoma perihepático y anemia, sin repercusión clínica grave. La estancia hospitalaria media fue de 3 días. La tasa de mortalidad fue del 0%. En el seguimiento se detectaron complicaciones en 2/9 pacientes (tasa del 22%); una endofuga tipo III y una tipo II en uno de ellos y la trombosis de una endoprótesis en otro. Se realizó una reintervención (tasa del 11%) para tratar la endofuga tipo III. Todos se presentan asintomáticos en su seguimiento.

**Conclusión:** El tratamiento endovascular de los AV es una alternativa terapéutica poco invasiva, con baja morbimortalidad y estancia hospitalaria, y con resultados satisfactorios a corto y medio plazo.

### P65. INFECCIÓN Y RUPTURA DE AORTA TERMINAL NO ANEURISMÁTICA SECUNDARIO A ABSCESO GLÚTEO. A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Sepúlveda Grisales, R. García Vidal, C. Berga Fauria, P. Farinas Alija, N. Argiles Mattes, E. Rollan Saint-Amand y V. Martín Paredero

*Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona.*

**Introducción y objetivos:** Presentamos cuadro de ruptura de aorta no aneurismática secundaria a infección de la aorta por absceso glúteo.

**Material y métodos:** Mujer de 56 años de edad que acude a urgencias por cuadro de lumbalgia mecánica de larga evolución, siendo tratada en urgencias con aines intramusculares. A los tres días vuelve a urgencias por presentar fiebre, artromialgias y absceso en sitio de punción, con leucocitosis y hemocultivos positivos a *S. aureus*, siendo ingresada con tratamiento antibiótico iv durante 2 semanas. Un mes después acude a urgencia con shock hipovolémico. Se le realiza un TAC donde se encuentra ruptura de la aorta terminal con sangrado activo.

**Resultados:** La paciente es remitida a nuestro centro. Optamos por cirugía abierta, practicando a la paciente un bypass aortobiliaco con prótesis de plata, que se acompañó con desbridamiento de la zona y lavados con rifampicina.

**Conclusión:** Las infecciones de la aorta son raras, y en la mayoría de las veces, la aortitis se presenta en forma de degeneración aneurismática o pseudoaneurismática, en cambio en nuestro caso el debut se produce con una ruptura directa. *Staphylococcus* y

*streptococcus* son los microorganismos que predominan en este tipo de infección, con un desenlace fatal en la mayoría de los casos.

### P74. ¿CUÁL ES LA ACTITUD TERAPÉUTICA MÁS ADECUADA ANTE LA OBLITERACIÓN TRAUMÁTICA DE LA ARTERIA ILÍACA EXTERNA SIN ISQUEMIA CRÍTICA?

C. Riera Hernández, B. López de la Franca Beltrán, J. Elías Mingot, P. Altés Mas y S. Llagostera Pujol

*Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Barcelona.*

**Introducción y objetivos:** Habitualmente, los traumatismos vasculares de arterias de gran calibre precisan reparación inmediata para restablecer el flujo mediante tratamiento endovascular o quirúrgico. El objetivo de este caso es explicar que la actitud expectante puede ser el tratamiento idóneo ante traumatismos vasculares asociados a graves lesiones adyacentes.

**Material y métodos:** Paciente de 16 años con fractura-luxación inestable de pelvis tras un accidente de moto. Inicialmente destaca la ausencia de pulsos en extremidad inferior derecha, ligera frialdad y palidez. Arteriográficamente destacaba la imagen de obliteración de la arteria ilíaca externa derecha con recanalización a femoral común derecha. Se realiza, de manera emergente, fijación externa de la fractura pélvica. Pese a los hallazgos radiológicos, en ausencia de isquemia crítica y dada la inestabilidad hemodinámica se decide mantener una actitud expectante en relación a la revascularización.

**Resultados:** Tras la fijación externa se objetiva mejoría de los signos de isquemia, persistiendo la ausencia de pulsos. Mediante eco-Doppler arterial observamos permeabilidad con onda trifásica de todo el eje arterial de la extremidad afecta. 24 horas después recupera pulsos distales. Al décimo día, mediante abordaje retroperitoneal derecho para fijación interna de las lesiones evidenciándose la indemnidad del eje aorto-ilio-femoral.

**Conclusión:** En pacientes jóvenes, el vasoespasmo se encuentra entre una de las principales causas de isquemia ante traumatismos cerrados. Se debe también contemplar la compresión extrínseca como probable mecanismo etiológico. A pesar de la amenaza que suponen los traumatismos vasculares para la viabilidad de los territorios afectados, el tratamiento conservador inicial, puede resultar la mejor opción terapéutica en ausencia de isquemia crítica.

### P41. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL SÍNDROME DE ESTRECHO TORÁCICO

P. Bargay Juan, S. Morales Gisbert, B. Genoves Gascó, J. Zaragoza García y E. Ortiz Monzón

*Hospital Dr. Peset. Valencia.*

**Introducción y objetivos:** Analizar nuestra experiencia y resultados en el tratamiento del síndrome de estrecho torácico asociado a sintomatología arterial y/o venosa (SETV).

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo sobre 16 intervenciones consecutivas en 14 pacientes con SETV entre 1996-2012. Se analizan datos demográficos, sintomatología vascular asociada, técnica quirúrgica y resultados postoperatorios y de seguimiento.

**Resultados:** La media de edad de los pacientes fue de 31 años (r: 15-50) siendo el 80% mujeres. El 87,5% presentaban sintomatología arterial (5 casos de claudicación invalidante, 3 lesiones isquémicas, 4 Raynaud y 2 aneurismas de subclavia) y el 12,5% sintomatología venosa (1 TVP subclavia y 1 edema del brazo). Se practicó fibrinólisis arterial preoperatoria en 2 casos. El abordaje quirúrgico fue supraclavicular en todos los casos, ampliado a infraclavicular en 2 de ellos. Se realizó resección de primera costilla en 2 casos, de costilla cervical en 13 casos y una escalectomía aislada. Se practicó escalectomía asociada al procedimiento en un 75% y simp-

tectomía torácica en un 19% de los casos. No hubo complicaciones en el postoperatorio inmediato, salvo un hemotórax. La estancia mediana postoperatoria fue de 2 días. El seguimiento medio fue de 103 meses. Sin registrarse complicaciones vasculares en el seguimiento, aunque sí parestesias residuales en un 28,5% de los casos y éxitus de un paciente por otra causa.

**Conclusión:** La resección de la costilla cervical y/o escalenectomía es una opción efectiva en el tratamiento del SETV, observándose una baja tasa de complicaciones tanto postoperatorias como a largo plazo, sin objetivarse reaparición de sintomatología arteriovenosa en nuestro estudio.

### P31. ANILLOS VASCULARES COMPLETOS: DOBLE CAYADO AÓRTICO Y ARCO DERECHO CON PERSISTENCIA DE DUCTUS IZQUIERDO

T. Solanich Valldaura, L. Peña Morillas, S. Florit López, S. Rioja Artal y A. Giménez Gaibar

*Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí. Sabadell. Barcelona.*

**Introducción y objetivos:** Los anillos vasculares (AV) completos no alcanzan el 1% de las anomalías congénitas cardiovasculares, se caracterizan por comprimir la tráquea y/o el esófago. El doble cayado aórtico y el arco derecho con ductus izquierdo suponen el 95% de los AV completos. Presentamos dos casos de AV.

**Material y métodos:** Caso 1: Varón de 11 años con antecedentes de síndrome de Down que consultó por infecciones respiratorias de repetición. Caso 2: mujer de 49 años con antecedentes de asma en la infancia, hernia de hiato y esteatosis hepática que consultó por disfagia. Pruebas diagnósticas: Rx tórax: estenosis traqueal. Esofagograma: imagen pulsátil causante de compresión extrínseca. Ecocardiograma: normal (no cardiopatía asociada). AngioTAC: caso 1: doble cayado aórtico con salida de tronco braquiocéfálico del arco mayor y carótida común izquierda y subclavia del arco menor. Caso 2: anillo vascular por persistencia de ductus, cayado aórtico derecho, salida de subclavia y carótida derecha independientes, salido tronco común de carótida y subclavia izquierda; ambos casos con evidencia de estenosis traqueal y esofágica.

**Resultados:** Se realizó intervención quirúrgica vía toracotomía izquierda, practicándose sección del arco aórtico menor y sección del ligamento arterioso izquierdo y liberación de la estructura anular respectivamente. Por broncoscopia se descartó presencia de traqueomalacia. Seguimiento clínico: en el primer caso disminuyeron los episodios de bronquitis y en el segundo caso desapareció la disfagia.

**Conclusión:** El cuadro clínico de las AV, en pacientes sin cardiopatía asociada, es fundamentalmente respiratorio y/o digestivo. El tratamiento de los diferentes tipos de AV sintomáticos es esencialmente quirúrgico.

## 4.ª Sesión Viernes, 1 de junio (08:00-09:00 h)

### P23. LA BETA-2 MICROGLOBULINA PODRÍA NO SER UN BIOMARCADOR VÁLIDO DE ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA EN PRESENCIA DE INSUFICIENCIA RENAL

N. Esparza Martín, S. Suria González, P. Braillard Pocard, F. Batista García, M. Riaño Ruiz, A. Calderín Ortega y M. Checa Andrés

*Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas.*

**Introducción:** La beta2-microglobulina ( $\beta$ 2-M) se elimina por filtración glomerular, siendo, posteriormente, reabsorbida y catabo-

lizada en los túbulos renales proximales. Ha sido descrito que podría ser un biomarcador de enfermedad arterial periférica (EAP) que se relaciona de manera independiente con la severidad de la EAP.

**Objetivo:** Valorar los niveles de  $\beta$ 2-M en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) con o sin EAP.

**Pacientes y métodos:** Estudio transversal de 95 pacientes, 72 de ellos con IRC (55 sin EAP y 17 con EAP) y 23 con EAP sin IRC. Los pacientes con EAP fueron valorados a su ingreso en el Servicio de Cirugía Vasculat. Los pacientes sin EAP fueron valorados en consultas externas de Nefrología. Tras la firma del consentimiento informado (Estudio aprobado por el Comité de Ética), se recogían los datos clínicos y farmacológicos y se solicitaba analítica.

**Resultados:** Se estudiaron 95 pacientes (63,82 + 11,37 años), 72 (45 hombres y 27 mujeres) con IRC (MDRD4: 42,18 + 10,15 ml/min) y 23 pacientes (hombres) con EAP sin IRC. Al subdividir a los 72 pacientes con IRC según presentasen o no EAP, se encontró que los pacientes con EAP presentaban niveles mayores de  $\beta$ 2-M (6,21 + 4,91 vs 3,51 + 1,50 pg/ml;  $p = 0,042$ ) que los pacientes sin EAP. Los 23 pacientes con EAP sin IRC tenían niveles menores de  $\beta$ 2-M que los pacientes con IRC con EAP (6,21 + 4,91 + 3,59 + 4,68 pg/ml;  $p < 0,001$ ). No existían diferencias entre los pacientes con IRC sin EAP y los pacientes con EAP sin IRC.

**Conclusiones:** En este estudio, los pacientes que presentan mayores niveles de Beta2-M son los pacientes con EAP e IRC, no existiendo diferencias entre los pacientes con IRC sin EAP y los pacientes con EAP sin IRC lo que nos sugiere que en presencia de IRC, la  $\beta$ 2-M no es un biomarcador válido de EAP.

### P05. ARTERITIS DE LA TEMPORAL EN EL LABORATORIO VASCULAR

N. Sanz Pastor, I. del Blanco Alonso, R. Peña Cortés, G. Alonso Argüeso, J. Fletes Lacayo, E. Menéndez Sánchez y F. Vaquero Morillo

*Complejo Asistencial Universitario de León.*

**Introducción y objetivos:** La anatomía patológica de la biopsia de la arteria temporal es el gold standar en el diagnóstico de confirmación de arteritis temporal (AT). Schmidt et al fueron los primeros en emplear el eco-Doppler para su diagnóstico. El objetivo de este trabajo es valorar la fiabilidad del eco-Doppler color en el diagnóstico de AT en nuestro hospital.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo. Se incluyeron 32 pacientes (12 varones/20 mujeres) con sospecha de AT de Junio del 2009 a Enero de 2012. La presentación clínica fue 13% cefalea, 28% elevación de VSG, 12% clínica visual, 7% dolor en trayecto de temporal, 9% AIT, 15% polimialgia y 9% claudicación mandibular. Se realiza un eco-Doppler color de ambas arterias temporales por un explorador experimentado, analizando la presencia de halo hipoecogénico y la permeabilidad. Se practica biopsia de la arteria temporal bajo anestesia local. El análisis anatomopatológico fue realizado por el Servicio de AP. Se comparan los resultados del eco-Doppler con los resultados anatomopatológicos, valorando la sensibilidad, especificidad, VPP y VPN. El análisis estadístico se realiza con el programa SPSS.

**Resultados:** El resultado anatomopatológico objetivó en un 9% de los pacientes, diagnóstico de AT. Al comparar el hallazgo de halo en la ecografía con el resultado anatomopatológico de AT se obtiene sensibilidad del 66%, especificidad del 86%, VPP 33%, VPN 96%. Nuestro estudio tiene la limitación de la prevalencia de AT en la muestra (9%). Existen publicaciones que presentan una sensibilidad del 68% y especificidad del 91%.

**Conclusión:** El eco-Doppler color es una prueba útil en el diagnóstico de AT, dejando la biopsia de arteria temporal para casos seleccionados.

## P24. SÍNDROME DE AORTA MEDIA EN ADULTO JOVEN

L. Peña Morillas, S. Florit López, C. Peñas Juárez,  
D. Barriuso Babot, S. Rioja Artal y A. Giménez Gaibar

*Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí. Sabadell.  
Barcelona.*

**Introducción:** El síndrome de aorta media (SAM) es una entidad congénita que representa del 0,5-2% de los casos de coartación aórtica toracoabdominal. En el 61% de los casos es idiopático. Produce estenosis en los ostium de los troncos viscerales, causando HTA en el 95% de los casos por hipoperfusión renal.

**Objetivo:** Presentamos un caso de SAM con HTA secundaria.

**Material y métodos:** Mujer de 34 años con antecedentes de gestación previa, HTA tratada con 3 fármacos. Episodio de hemorragia digestiva alta por lesión de Dieulafoy gástrica, que durante la endoscopia se evidenció mucosa con abundante colateralidad arterial y que precisó cirugía urgente por inestabilidad hemodinámica. A la exploración física presentaba HTA arterial en ambos brazos, soplo abdominal y pulsos débiles en EEII. AngioTC: coartación de aorta visceral en salida de tronco celiaco y AMS donde es filiforme a lo largo de 5 cm. Oclusión ostial de tronco celiaco con permeabilidad pancreato-duodenal y dilatación aneurismática (12 mm), arterias renales y AMI preservadas. Abundante colateralidad mamarias, intercostales, frénicas, esofágicas, gástricas y epigástricas aumentadas de calibre.

**Resultados:** Se realizó, mediante toracotomía y lumbotomía, bypass con prótesis de dacron desde aorta torácica descendente a aorta abdominal infrarrenal por encima de la AMI, con tunelización transdiafragmática, retro-renal izquierda. Sin complicaciones en el postoperatorio. AngioTC: permeabilidad del injerto, desaparición de la colateralidad por redistribución de flujo. Al año la paciente se encuentra asintomática, TA controlada con 1 sólo fármaco.

**Conclusión:** El SAM es una entidad compleja e infrecuente, cuyo tratamiento depende de las lesiones detectadas.

## P81. EXPERIENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA EN SÍNDROME DE ATRAPAMIENTO POPLÍTEO EN UN SERVICIO DE ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR

M. Guillén Fernández, L. Salmerón Febres, S. Lozano Alonso,  
J. Linares Palomino y E. Ros Díe

*Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada.*

**Introducción y objetivos:** El síndrome de atrapamiento de la arteria poplítea es una entidad poco frecuente cuya prevalencia varía del 0,17 al 3,5% en población general. Presentamos nuestra experiencia médico-quirúrgica durante los últimos 20 años.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo desarrollado desde noviembre de 1992 hasta febrero de 2012. Se han intervenido 8 casos de síndrome de atrapamiento poplíteo que corresponden a 6 pacientes (dos fueron intervenidos de ambas extremidades), todos varones con una edad media de 23 años (rango 17-54).

**Resultados:** Tipos (clasificación de Insua-Rich): un tipo I, tres tipo II y cuatro tipo III. Clínica: 2 asintomáticos, 4 claudicantes, 1 dolor de reposo y 1 isquemia aguda. Maniobras de atrapamiento: positivas en todos los casos, con disminución del índice tobillo-brazo en 6 pacientes. Diagnóstico: 1 arteriografía, 2 angioTAC, 5 con angioRMN y RMN de partes blandas. Cirugía: 8 abordajes posteriores con liberación del segmento poplíteo estenosado, en un caso se asoció un bypass corto con vena. Postoperatorio y seguimiento: Sin incidencias. Procedimientos permeables en la actualidad tras un seguimiento medio de 14 años (rango 4-16).

**Conclusión:** El síndrome de atrapamiento de la arteria poplítea es una entidad poco frecuente, la mayor parte son paciente jóvenes que 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 poplíteo, es el tratamiento quirúrgico de elección.

## P85. ¿QUISTE ADVENTICIAL? EL DIAGNÓSTICO NO ES SIEMPRE LO QUE PARECE

E. Evangelista Sánchez, A. Craven-Bartle Coll,  
R. Conejero Gómez, J. Alcalde López, R. Láinez Rube,  
E. Dóiz Artazcoz y M. Rodríguez Piñero

*Hospital Puerta del Mar. Cádiz.*

**Introducción y objetivos:** Un amplio espectro de lesiones intra y extravasculares, catalogadas como "patologías quísticas", a nivel inguinal, pueden provocar compresión de la vena femoral común (VFC). El quiste adventicial (QA) de vena femoral y el sinovial (QS) de cadera constituyen un ejemplo, ambos poco frecuentes.

**Material y métodos:** Mujer de 29 años con gastritis crónica, hernia de hiato, anemia ferropénica y colon irritable que acudió a consulta por adenopatías y dolor inguinal izquierdo ocasional. Pulsos conservados a todos los niveles en MMII sin edema ni signos de insuficiencia venosa crónica. Adenopatías inguinales algo dolorosas en el izquierdo. Eco-Doppler: Masa quística en región inguinal (3 x 2 cm) dependiente de VFC, compatible con QA, que comprimía y reducía ampliamente su luz. Eco-Doppler seriados objetivaban crecimiento de la masa y del grado de compresión de la VFC. AngioRNM y angioTAC confirmaban el diagnóstico.

**Resultados:** En la cirugía, observamos formación quística polilobulada en cara posterior de VFC que la comprimía y desplazaba anteriormente; plano de disección entre la VFC y el quiste; tras liberar completamente toda la masa quística de la bifurcación venosa femoral y de la cara posterior de la VFC, se constató un fino pedículo dependiente de la articulación de la cadera, llegándose al diagnóstico de QS por anatomía patológica.

**Conclusión:** El QA venoso y el QS de cadera son dos entidades clínicas poco frecuentes y en los que las pruebas de imagen pueden no aportarnos el diagnóstico exacto, determinándose únicamente tras la resección de los mismos. El tratamiento de elección en ambos es quirúrgico, realizándose exéresis de la lesión.

## P80. ISQUEMIA AGUDA POPLÍTEO-DISTAL COMO FORMA DE PRESENTACIÓN CLÍNICA DE LA DEGENERACIÓN QUÍSTICA ADVENTICIAL DE LA ARTERIA POPLÍTEA

L.M. Salmerón Febres, M. Guillén Fernández, S. Lozano Alonso,  
J.P. Linares Palomino y E. Ros Díe

*Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada.*

**Introducción y objetivos:** La degeneración quística adventicial es una causa poco frecuente de enfermedad vascular (0,1%). El cuadro clínico más frecuente es la claudicación intermitente. Sin embargo, la clínica es variable, pudiendo presentarse como trombosis arterial en forma de isquemia aguda poplíteo-distal.

**Material y métodos:** 2 varones jóvenes (42 y 47 años), ambos fumadores activos, consultan por clínica de dolor de reposo, frialdad y cianosis de horas de evolución. Semiología de isquemia aguda poplíteo-distal sin déficit funcional.

**Resultados:** Se realiza trombolisis con perfusión intra-arterial de urokinasa y posterior control arteriográfico. La trombolisis resulta efectiva, recuperando los pacientes pulsos distales. En la arteriografía de control se visualiza en ambos una imagen de estenosis excéntrica localizada en 2ª porción de arteria poplítea que hace sospechar una posible enfermedad quística adventicial. Se decide tratamiento quirúrgico, realizándose en ambos resección del segmento de arteria poplítea afectado con reconstrucción posterior mediante injerto de vena safena. Postoperatorio sin incidencias. Procedimientos permeables en la actualidad tras un seguimiento de 9 años y 11 meses, respectivamente.

**Conclusión:** Se debe de sospechar patología quística adventicial de la arteria poplítea en pacientes varones jóvenes que consultan por clínica de isquemia aguda poplítea distal. En este caso, la fibrinólisis con perfusión intraarterial de urokinasa puede ser un tratamiento útil en un primer tiempo. La resección del segmento de arteria poplítea comprometida y la reconstrucción mediante injerto venoso de safena es el tratamiento definitivo con elevada permeabilidad a largo plazo.

## P22. ENFERMEDAD QUÍSTICA ADVENTICIAL DE LA ARTERIA POPLÍTEA: CASO CLÍNICO

I. Larrañaga Oyarzabal, A. García Familiar, V. Rodríguez Sáenz de Buruaga, E. Díez Blanco, J. Fernández Fernández y J. Egaña Barrenechea

*Hospital Universitario Donostia. San Sebastián.*

**Introducción y objetivos:** Presentamos el caso de un paciente con enfermedad quística adventicial (EQA). La EQA es una entidad rara de afectación predominante en la arteria poplítea que se presenta típicamente como claudicación intermitente en varones de edad media sin factores de riesgo vascular.

**Material y métodos:** Varón de 42 años con antecedentes de hipercolesterolemia y tabaquismo que debutó con claudicación intermitente a 300 metros en región soleogemelar derecha. En la exploración física se observó pulso poplíteo disminuido y ausencia de pulsos distales en dicho miembro. EL Doppler mostró un índice tobillo-brazo (ITB) de 0,53 en extremidad inferior derecha. Se realizó ecografía Doppler visualizando una arteria poplítea derecha ectásica con calibre máximo de 11 mm con contenido hipocogénico en su interior y flujo de altas velocidades. Así mismo, se realizó resonancia nuclear magnética (RNM) identificándose oclusión brusca de aproximadamente 4 cm de longitud en segunda porción poplítea derecha. Se procedió a la corrección quirúrgica por vía posterior realizándose exéresis de la arteria poplítea en su segunda porción y reconstrucción mediante bypass poplíteo-poplíteo con vena safena externa invertida. En la exposición se observó una arteria poplítea aumentada de tamaño con salida de material gelatinoso y ambarino. Las muestras remitidas a anatomía patológica fueron informadas como enfermedad quística adventicial.

**Resultados:** El postoperatorio transcurrió sin incidencias reseñables y fue dado de alta a los 3 días con presencia de pulsos distales. El seguimiento a los 6 meses resultó satisfactorio con ITB de 1 y RNM con permeabilidad de bypass.

**Conclusión:** La exéresis por vía posterior e interposición de bypass con vena safena representa el tratamiento de elección de esta insólita patología.

## P45. PSEUDOANEURISMA POPLÍTEO POSTINTERVENCIÓN DE PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA (PTR)

J. Elias Mingot, M. Jiménez Olivera, M. Oller Grau, M. Lerma Roig y S. Llagostera Pujol

*Hospital Germans Trias i Pujol. Barcelona.*

**Introducción y objetivos:** Presentamos un pseudoaneurisma poplíteo como complicación tras la implantación de una prótesis total de rodilla.

**Material y métodos:** Mujer de 83 años, sin antecedentes de interés, que consulta a Urgencias por dolor y aparición de masa pulsátil en hueco poplíteo tras intervención quirúrgica de PTR en extremidad inferior derecha de 6 días de evolución. Al realizar el eco-Doppler arterial se objetiva la presencia de una imagen ecográfica sugestiva de pseudoaneurisma de arteria poplítea. En la arteriografía de miembros inferiores se observó en 3.ª porción de poplítea la presencia de extravasación de contraste, imágenes compatibles con pseudoaneurisma de poplítea por rotura de la misma con los tres troncos distales permeables.

**Resultados:** Se decide realizar una cirugía endovascular mediante colocación, vía contralateral percutánea, de stent cubierto autoexpandible tipo Viabahn de 6 x 50 mm para cerrar el punto de fuga. Se objetiva la desaparición de la masa pulsátil en hueco poplíteo y se da de alta a los 2 días para seguir controles ecográficos ambulatorios.

**Conclusión:** En este caso nos decantamos por la intervención endovascular dada la reciente cirugía, la posibilidad de infección y la presencia de hematoma a nivel retropatelar. La utilización de stent cubierto permitió el sellado del pseudoaneurisma evitando la morbilidad asociada a la cirugía. Los stents autoexpandibles de nitinol, más flexibles y resistentes a la deformidad, son más adecuados para esta localización. El resultado obtenido con el tratamiento endovascular mediante stents cubiertos es satisfactorio y representa una alternativa válida a la cirugía convencional.

## P10. DOBLE PSEUDOANEURISMA DE ARTERIA POPLÍTEA POR CIZALLAMIENTO/TORSIÓN

A. Corominas Macias, M. Sirvent González, M. Cecilia y J. Marín

*Cirugía Vascul. Hospital 2 de Maig. Barcelona.*

**Introducción y objetivos:** El pseudoaneurisma de arteria poplítea es una poco frecuente entidad con etiología predominantemente postraumática. En la actualidad se observan con relativa frecuencia en el postoperatorio de recambios articulares de rodilla (prótesis total de rodilla). Presentamos el caso de un varón que presenta un doble pseudoaneurisma de arteria poplítea izquierda una semana después de un aparentemente banal accidente laboral con rotación externa de la rodilla y sin lesión ósea o ligamentosa significativa.

**Material y métodos:** Varón de 53 años de edad con AP de tabaquismo moderado y laboralmente activo que acude a nuestro centro por dolor y tumefacción de cara posterior de rodilla izquierda una semana después de un banal accidente laboral con rotación externa de la rodilla. A la exploración física se detecta masa pulsátil en fosa poplítea. Pulsos distales + ED: pseudoaneurisma arteria poplítea izquierda. TC 3D: doble pseudoaneurisma APIzda. Proximal 3,8 cm. Distal 1,5 cm. ASDIA: doble pseudoaneurisma APIzda. Permeabilidad normal y sin lesiones arteriosclerosas de eje femoropoplíteo y distal. RNM: Ruptura de menisco interno. Ligero derrame articular.

**Resultados:** Dada la localización del pseudoaneurisma, la edad del paciente y la presencia de buena vena safena interna se decide bypass poplíteo-poplíteo por vía posterior con injerto venoso autólogo en término-terminal con exclusión de pseudoaneurisma. Se desestima tratamiento endovascular y/u otros medios de exclusión de pseudoaneurisma por conflicto de espacio. Resultado óptimo. Pulsos distales positivos. AP: pared arterial normal.

**Conclusión:** El pseudoaneurisma poplíteo es una rara entidad con causa en general postraumática. En la vida civil actual se observa con poca frecuencia y especialmente en relación a cirugía ortopédica de rodilla. Mucho más raro es el mecanismo de lesión en este caso presentado (rotación y cizallamiento) y el hecho de la duplicidad de la lesión. No se han encontrado referencias similares en la bibliografía.

## P42. COMPLICACIÓN VASCULAR PERIFÉRICA DE SÍNDROME DE BEHÇET

N. Concepción Rodríguez, M. Gutiérrez Nistal, Z. Ibrahim Achi, C. Mendieta Azcona, L. Riera del Moral y L. Riera de Cubas

*Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

**Introducción y objetivos:** Las complicaciones vasculares en la enfermedad de Behçet son poco frecuentes y generalmente venosas: TVP y tromboflebitis. Las lesiones arteriales se objetivan entre el 1,5-2,2%, empeorando el pronóstico de la enfermedad. Habitual-

mente son aneurismas y pseudoaneurismas de rápido crecimiento con alta tasa de rotura. Presentamos el caso de un paciente joven con pseudoaneurisma femoral y su evolución tras la cirugía.

**Material y métodos:** Varón de 28 años que acude a urgencias por dolor y masa pulsátil en muslo derecho de instauración brusca. En eco-Doppler y angioTC se evidencia pseudoaneurisma roto de arteria femoral superficial. Presentaba antecedentes de aftosis oral recidivante, eritema nodoso, derivación ventrículo-peritoneal por hidrocefalia, ceguera tras papiledema y tromboflebitis de repetición en miembros inferiores. Se realiza de urgencia derivación protésica fémoro-poplitea con exclusión del pseudoaneurisma, dándose el alta a la semana con tratamiento antiagregante pendiente de completar estudio ambulatorio en medicina interna.

**Resultados:** Un mes después presenta cuadro clínico similar, objetivando pseudoaneurisma anastomótico proximal del injerto interpuesto, que decidimos tratar de urgencia mediante la implantación de un stent recubierto. Aunque inicialmente no cumplía criterios de enfermedad de Behçet, tras las complicaciones vasculares se instauró tratamiento inmunosupresor con ciclofosfamida y corticoides, sin nuevas incidencias desde entonces.

**Conclusión:** La reparación endovascular de los aneurismas del Behçet es una alternativa segura al tratamiento quirúrgico. Debemos considerar el diagnóstico de vasculitis en pacientes jóvenes con complicaciones aneurismáticas y ser agresivos con el tratamiento inmunosupresor si es posible antes y después del tratamiento quirúrgico para reducir complicaciones posteriores.

### P32. PARAPLEJÍA SÚBITA POR OCLUSIÓN DE AORTA INFRARRENAL

D. Ruiz Chiriboga, R. García Pajares, M. Vila Atienza, B. Ramírez Senent, A. Apodaka Diez, A. Ayala Strub y L. Reparaz Asensio

*Hospital Gregorio Marañón. Madrid.*

**Introducción y objetivos:** Presentamos el caso de un varón de 51 años de edad, de origen asiático, que acudió a Urgencias por un cuadro clínico de paraplejía súbita de MMII asociado a una oclusión de la aorta terminal tras la embolización de un mixoma auricular.

**Material y métodos:** Acude a urgencias con un clínica aguda de dolor abdominal y pérdida de fuerza en ambos miembros inferiores de 4 horas de evolución. Fue valorado inicialmente por Neurología por sospecha de una isquemia medular, solicitando una inmediata valoración por nuestra parte ante la presencia de signos de isquemia aguda: frialdad, palidez y pérdida de pulsos. Se realiza Angio-TAC urgente que revela una oclusión de la aorta infrarrenal y de ambas arterias ilíacas comunes, así como infartos esplénicos y renales bilaterales. Se realizó un ecocardiograma transtorácico para descartar una posible fuente embolígena, sin hallazgos significativos. Se realizó tratamiento quirúrgico urgente mediante tromboembolectomía iliofemoral bilateral, obteniéndose abundante material viscoso, mucinoso y friable.

**Resultados:** En la evolución postoperatoria, el paciente recuperó pulsos grado 3 a todos los niveles, así como la movilidad y sensibilidad de los miembros inferiores de forma inmediata. Durante su hospitalización (6 días), el paciente fue valorado por los servicios de Neurología y Cardiología sin objetivar patología residual ni causa fundamental, siendo dado de alta con anticoagulación oral. La anatomía patológica confirma la sospecha inicial de mixoma. En las revisiones posteriores el paciente se mantiene asintomático y en seguimiento por Cardiología.

**Conclusión:** El mixoma auricular es una causa muy infrecuente de oclusión aórtica aguda súbita que conlleva una elevada morbimortalidad sin un diagnóstico precoz. Los pacientes precisan de un tratamiento quirúrgico urgente por el compromiso medular además de la isquemia en MMII, y un posterior seguimiento para descartar la recurrencia tumoral con riesgo de nuevas embolizaciones sistémicas.

### P-51. UTILIZACIÓN DE COLGAJOS CUTÁNEOS PEDICULADOS EN AMPUTACIONES MENORES

M. López San Martín, M. Vega de Céniga, M. Izagirre Loroño, C. Casco Aguilar, C. Aramendi Arietaaraunabeña y A. Barba Vélez  
*Hospital de Galdakao. Bilbao.*

**Introducción y objetivos:** La extensión de las lesiones tróficas o la existencia de dehiscencias de amputaciones digitales previas limitan la aplicación de técnicas regladas en amputaciones menores. Presentamos cinco casos en los que aplicamos una técnica alternativa basada en el uso de colgajos cutáneos pediculados.

**Material y métodos:** Empleamos esta técnica en pacientes con posibilidades de revascularización agotadas, como recurso previo a amputación transmetatarsiana completa o amputación mayor de la extremidad. Cuatro de ellos presentaban dehiscencias de amputaciones previas y el restante una necrosis digital extensa. Técnica: amputación o reamputación digital y desbridamiento del lecho. Incisión longitudinal en borde lateral del dedo contiguo, resección de falanges y de cápsula articular del metatarsiano. Diseño del colgajo cutáneo y cierre completo del lecho previa colocación de gel de factor de crecimiento plaquetar en tres de los casos.

**Resultados:** En tres de los casos la evolución es satisfactoria, con desvitalización superficial del colgajo pero granulación progresiva del lecho hasta su completa cicatrización cinco meses después. Un caso sufrió una dehiscencia completa de la amputación. El último caso falleció en el postoperatorio inmediato.

**Conclusión:** Presentamos una alternativa técnica útil en casos seleccionados para conseguir el cierre completo y aislamiento del lecho de amputación, minimizando el riesgo de sobreinfección y favoreciendo la granulación progresiva de tejido subyacente.

## 5.ª Sesión

**Sábado, 2 de junio (08:00-09:00 h)**

### P27. FÍSTULA ARTERIOVENOSA TRAS TRATAMIENTO CON EVLA

M. Mosquera Barreiro, C. Gallego Ferreiroa, T. Bolívar Gómez, E. Fraga Muñoz, I. López Arquillo, D. Anaya Sifuentes y C. Blanco Amil

*Hospital Xeral. Vigo.*

**Introducción y objetivos:** Las complicaciones mayores tras tratamiento endovascular con laser de la safena interna son muy poco frecuentes, existiendo escasa literatura publicada. Se establecen diversas hipótesis causales así como diferentes actitudes terapéuticas. Nuestra intención es aportar nuestra experiencia ante la presentación de dicha patología habiendo obtenido un resultado satisfactorio.

**Material y métodos:** Presentamos el caso de una mujer de 48 años con úlceras tórpidas en miembro inferior izquierdo de larga evolución, destacan entre sus antecedentes personales la intervención con ablación endovascular de la safena interna en dicha pierna. En eco-Doppler se objetiva flujo pulsátil en vena femoral común izquierda así como flujo anómalo en arteria femoral. Se confirma diagnóstico de pseudoaneurisma de arteria femoral superficial y fístula arteriovenosa entre arteria y vena femoral superficial izquierda mediante angiografía magnética. Como tratamiento se realiza implantación de stent recubierto en arteria femoral superficial.

**Resultados:** Correcta exclusión del pseudoaneurisma y cierre de fístula arteriovenosa, logrando importante mejoría clínica.

**Conclusión:** Las fistulas arteriovenosas tras ablación endovascular con laser de la safena interna son una rara complicación postopera-

toria. El tratamiento endovascular es una opción menos invasiva e igualmente eficaz. La baja incidencia de esta patología impide establecer indicaciones absolutas siendo la mejor opción la individualización de la actitud terapéutica.

### P68. RECANALIZACIÓN DE VENA ILÍACA COMO TRATAMIENTO DEL SÍNDROME POSTROMBÓTICO

J. Álvarez García, S. Stefanov Kiuri, I. Leblic Ramírez, M. Gutiérrez Nistal, L. Cuervo Vidal y L. Riera de Cubas

*Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

**Introducción y objetivos:** Presentar caso de recanalización venosa iliofemoral en paciente con insuficiencia venosa crónica (IVC) CEAP 6 postrombótica, de larga evolución.

**Material y métodos:** Varón de 50 años, hipertenso, con déficit de factor V de Leyden, trombosis de seno longitudinal en infancia y trombosis venosa profunda (TVP) femoropoplítea en 1978 e iliofemoral en 1979, izquierda, con úlcera en maléolo interno desde 1980, refractaria a uso de medias de compresión, injertos cutáneos y safenectomía interna, asociando clínica invalidante. La flebografía evidenció recanalización de vena femoral común con afectación postrombótica, sin relleno en territorio iliaco ipsilateral, y drenaje a iliaca contralateral por ramas pélvicas y de pared abdominal.

**Resultados:** Se realizó acceso percutáneo y eco-guiado de vena femoral superficial, izquierda, en muslo. Tras anticoagulación sistémica, recanalización vena iliaca, pre-dilatación e implante de stent Zilver-vein (Cook® 16 × 140 y dos prolongaciones de 14 × 140) desde vena cava inferior hasta vena femoral común; flebografía control evidenció permeabilidad de stent y desaparición de colaterales. No se registraron complicaciones perioperatorias. Se realizó control fotográfico, ecográfico y con cuestionarios Veines-Qol/sym y SF-36 para seguimiento clínico y de permeabilidad del stent, mostrando mejora significativa en sintomatología y calidad de vida.

**Conclusión:** La angioplastia y stenting de vena iliaca es un tratamiento emergente, seguro y con buenos resultados, pudiendo ser de primera línea en pacientes complejos, con oclusiones crónicas, de este territorio, en los que el terapia convencional haya fracasado.

### P67. SÍNDROME DE ATRAPAMIENTO POPLÍTEO VENOSO SINTOMÁTICO

A. Revilla Calavia, J. Taylor, I. Estévez Fernández, M. Gastambide Norbis, L. Carpintero Mediavilla, J. González Fajardo y C. Vaquero Puerta

*Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

**Introducción y objetivos:** Aproximadamente sólo el 10-15% de los síndromes de atrapamiento poplíteo además de compromiso arterial presentan compresión venosa. El síndrome de atrapamiento de vena poplíteo sintomático es una entidad muy rara y frecuentemente infradiagnosticada. El atrapamiento venoso poplíteo aislado esta causado generalmente por haces musculares anómalos o bandas fibrosas que estrecha la fascia perivenosa o también puede ser secundario a un origen aberrante de los vasos poplíteos. Debido a la baja incidencia de este síndrome, existen muy pocos casos publicados. Para diagnosticar el síndrome de atrapamiento venoso poplíteo es muy importante tener la sospecha.

**Material y métodos:** Presentamos el caso de un varón de 51 años, que sufría un cuadro de claudicación venosa que consistía en edema severo, algias con la deambulación obligándole a sentarse desapareciendo el edema y dolor con la flexión de la rodilla. La flebografía mostraba la permeabilidad del sistema venoso profundo así como un aflamamiento severo de vena poplíteo con la pierna en extensión completa y desapareciendo con la flexión de la misma. En la angiografía se confirmó la estenosis de vena poplíteo con la pierna en extensión., sin que pudiera identificarse la causa de la compresión

venosa. Mediante abordaje posterior y realizándose la disección de la arteria y vena poplíteo se identificó un haz fibrotendinoso que causaba la compresión de la vena poplíteo.

**Resultados:** El paciente mejoró rápidamente, desapareciendo la clínica de claudicación venosa. A los 3 meses de seguimiento continuaba asintomático, en la flebografía realizada de control (proyecciones AP, Lateral, con dorsiflexión del pie) no se observaron estenosis ni compresiones venosas.

**Conclusión:** El síndrome de atrapamiento poplíteo venoso aislado sintomático es un entidad rara y a menudo infradiagnosticada.

### P73. ELECTROFIBROSIS TÉRMICA CON VAPOR DE AGUA, DE LA VENA SAFENA INTERNA Y DE SUS VARICES, COMO TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA

G. Arnedo Valero, J. Cabot Duran y M. Dorado Peña

*Fundació Hospital de l'Esperit Sant. Barcelona.*

**Introducción y objetivos:** La insuficiencia venosa crónica (IVC) y su manifestación clínica a modo de varices es una patología muy común en la población. La búsqueda del tratamiento más eficaz es un hecho. La aparición de técnicas de ablación térmica, ha hecho cambiar la posición de cirugías más tradicionales. El método más nuevo de ablación de la Vena Safena Interna (VSI) y de todas sus varices, es por medio del calor (120°) desprendido a modo de vapor de agua. Presentamos tres casos de IVC CEAP C2 con varices dependientes de VSI, tratadas con vapor de agua.

**Material y métodos:** Caso 1: Mujer de 33 años. Varices esenciales en extremidad inferior izquierda. Eco-Doppler venoso: incompetencia ostial VSI (diámetro: 0,9 cm) + R3s infrageniculares. Caso 2: Mujer de 59 años. Varices esenciales en extremidad inferior izquierda. Eco-Doppler venoso: incompetencia ostial VSI (diámetro: 0,8 cm) + R3s infrageniculares. Caso 3: Varón de 38 años. Varices esenciales en extremidad inferior derecha. Eco-Doppler venoso: incompetencia ostial VSI (diámetro: 0,7 cm) + R3s infrageniculares. Bajo control ecográfico y anestesia tumescente, se realizó electrofibrosis térmica percutánea caudo-cranial (con vapor de agua, 120°) de la VSI, desde zona genicular hasta 3 cm del cayado y de todos los paquetes varicosos.

**Resultados:** Durante el postoperatorio inmediato, los 3 pacientes presentaron síntomas de trombosis venosa superficial sin otras complicaciones. A los controles posteriores (1, 3, 6 y 12 meses), los pacientes se encontraron clínicamente asintomáticos, sin varices residuales. Los estudios posteriores de control (eco-Doppler) mostraron completa oclusión de la VSI y de sus varices, sin afectación del cayado ni del sistema venoso profundo.

**Conclusión:** La electrofibrosis térmica con vapor de agua es un método novedoso, seguro y eficaz para el tratamiento de la IVC CEAP C2, sin limitación en el tamaño de la VSI ni de sus varices.

### P92. ESTENOSIS DE VENA CAVA INFERIOR TRATADA CON STENT

S. Lozano Alonso, L. Salmerón Febres, B. Vera Arroyo, J. Linares Palomino y E. Ros Díe

*Hospital Universitario San Cecilio. Granada.*

**Introducción y objetivos:** La estenosis de vena cava suele producirse en procesos oncológicos, sobre todo en cáncer de pulmón, siendo signo de mal pronóstico. Existen otras causas raras: fibrosis por electrodos de marcapasos.

**Material y métodos:** Caso: Mujer, 36 años, se implantó marcapasos bicameral por supuesto bloqueo AV completo. Con 30 años se retira la batería del marcapasos, abandonando cables. Tres años después comienza con disnea de esfuerzos, edema de miembros inferiores y ascitis. En un estudio por fiebre intermitente se realiza ecocardiografía, observándose signos de endocarditis sobre electrodo auricular.

lar. Se interviene por cirugía cardiaca para extracción de cables de marcapasos y anuloplastia tricuspídea. El postoperatorio cursa con imposibilidad de retirada de drenajes pericárdico por débito de 1.000 mls/día. Se realiza angioTAC, describiéndose dilatación de vena ázigos y disminución del calibre del tracto de entrada de vena cava inferior (VCI) en aurícula derecha (10 mm diámetro). Ante estos hallazgos, decidimos realizar angioplastia de VCI mediante abordaje femoral percutáneo con balón de Inoue de 10 y 12 mm de diámetro secuencialmente. Se consiguió mejoría clínica parcial comprobándose en TAC de control la persistencia de estenosis VCI. Se decidió reintervención angioplastiando VCI con balón de alta presión de Mullins-X de 12 y 14 mm de diámetro secuencialmente y se implanta stent Jotec de 20 × 40.

**Resultados:** Mejoría clínica y en TAC de control.

**Comentarios:** El uso de stent es una opción poco invasiva y efectiva en el tratamiento del síndrome de VCI. El gran desarrollo de vena ázigos aseguró la precarga necesaria durante la oclusión cava.

#### P46. TROMBOSIS OVÁRICA PUERPERAL Y TROMBO FLOTANTE EN CAVA

J. Fletes Lacayo, I. del Blanco Alonso, R. Peña Cortés, G. Alonso Argüeso, E. Sanz Pastor, E. Menéndez Sánchez y F. Vaquero Morillo

*Hospital Universitario de León.*

**Introducción y objetivos:** La trombosis de la vena ovárica es una complicación rara y potencialmente mortal durante el puerperio. Se presenta un caso muy demostrativo.

**Material y métodos:** Mujer, 32 años. Parto por cesárea. Al cuarto día presenta dolor abdominal acompañado de fiebre de 38°. Abdomen doloroso a la palpación con útero a nivel de ombligo. Cicatriz abdominal de buen aspecto. En la analítica se objetiva leucocitosis, aumento de la PCR y leucocituria. Ante el empeoramiento del estado general se decide laparotomía, en la que se drena y cultiva el líquido intraabdominal. Tres días después se realiza TC abdominal objetivando mínimos derrames pleurales bilaterales. Al doce día de ingreso se realiza angioTC abdominal de control, comprobando ambas venas ováricas muy aumentadas de calibre ocupadas por trombo, que se extiende en la vena renal izquierda y en la vena cava por el lado derecho, asociado a TEP en ramas subsegmentarias de lóbulos inferiores de ambos pulmones. Se pauta tratamiento antibiótico y anticoagulante a dosis terapéutica con heparina de bajo peso molecular.

**Resultados:** La paciente evoluciona favorablemente con mejoría del estado general, Es dada de alta al 20 día de su ingreso manteniendo tratamiento anticoagulante con acenocumarol.

**Conclusión:** La trombosis puerperal de la vena ovárica presenta una incidencia inferior al 0,05% y su extensión proximal especialmente a vena cava la convierte en potencialmente letal. La clínica es indiferenciable de otros procesos abdominales agudos por lo que exige un alto índice de sospecha. El diagnóstico se realiza con angioTC. El tratamiento varía desde su manejo conservador con antibióticos y heparina, hasta la lisis sistémica, implantación de filtro de cava e incluso trombectomía, según extensión y riesgo de tromboembolismo pulmonar.

#### P11. DOBLE BYPASS YÚGULO-ATRIAL COMO TRATAMIENTO DE TROMBOSIS DE VENA CAVA SUPERIOR SINTOMÁTICA

L. Martínez Carnovale, S. Bellmunt Montoya, J. Dilmé Muñoz, B. Soto Carricas, S. Hmimina Myriam y J. Escudero Rodríguez

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

**Introducción y objetivos:** El tratamiento médico y endovascular se considera de primera elección en el tratamiento del síndrome de vena cava superior sintomático. La cirugía abierta de derivación

sólo se reserva para casos más graves y tras fracaso del tratamiento endovascular. Presentamos una nueva técnica quirúrgica con doble bypass yúgulo-atrial.

**Material y métodos:** Mujer de 66 años con trombosis crónica de vena cava superior (VCS) por diversos cables de marcapasos alguno retirado parcialmente por infección. Presenta importante edema, pesadez y eritema cefálico. La flebografía mostró oclusión crónica de VCS y tronco venoso braquiocefálico izquierdo por encima de la vena ázigos, con colaterales desarrolladas. Fracaso un primer intento de repermeabilización endovascular por vía femoral y axilar. Mediante incisiones cervicales bilaterales y estereotomía se realizaron dos bypass independientes desde yugulares internas hasta la aurícula derecha con dos PTFE anillados 8 mm.

**Resultados:** Postoperatorio con mejoría inmediata de la sintomatología y permeabilidad ecográfica de los bypass. Se indicó anticoagulación y se dio de alta al 7º día postoperatorio. En AngioTC al mes se observó oclusión del bypass derecho y permeabilidad del izquierdo, manteniéndose la paciente asintomática hasta día de hoy.

**Conclusión:** En casos seleccionados se puede realizar una derivación yúgulo-atrial. El realizar dos bypass independientes ha permitido que la oclusión de uno de ellos no haya comprometido la permeabilidad del segundo, manteniendo a la paciente asintomática.

#### P52. RECONSTRUCCIÓN DE VENA CAVA SUPERIOR EN LA RESECCIÓN DE CARCINOMA DE PULMÓN

E. Fraga Muñoz, I. López Arquillo, M. Mosquera Barreiro, C. Gallego Ferreiroa, E. Peña González, J. Encisa de Sa y A. Rosendo Carrera

*Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.*

**Introducción y objetivos:** La infiltración de estructuras vasculares por tumores mediastínicos no es en la actualidad una contraindicación para su resección quirúrgica, existiendo diferentes técnicas de reconstrucción vascular. Presentamos un caso de una reconstrucción de la vena cava superior tras la resección de un carcinoma escamoso de pulmón

**Material y métodos:** Paciente varón de 72 años ex fumador importante diagnosticado de carcinoma epidermoide de pulmón en lóbulo superior derecho, adyacente a pleura mediastínica y vena cava superior. Se realiza lobectomía superior derecha, observando infiltración de la pared venosa, control proximal y distal y clampaje, previa heparinización sistémica con 0,5 mg/kg. Se realiza la resección de la pared venosa infiltrada y reconstrucción con parche de PTFE, sin precisar utilización de shunt de vena cava por ausencia de hipotensión sistémica.

**Resultados:** Paciente con postoperatorio favorable, dado de alta a los 8 días tras la intervención. A los seis meses el paciente se encuentra asintomático, con buen estado general con permeabilidad del injerto en resonancia magnética de control.

**Conclusión:** La infiltración de la vena cava superior no es una contraindicación quirúrgica en determinados tumores pulmonares, utilizando técnicas de reconstrucción, con baja morbimortalidad.

#### P12. TUMOR GIGANTE DE MUSLO SIMULANDO TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

N. Sanz Pastor, R. Fernández Samos Gutiérrez, R. Peña Cortés, G. Alonso Argüeso, J. Fletes Lacayo, E. Menéndez Sánchez y F. Vaquero Morillo

*Complejo Asistencial Universitario de León.*

**Introducción y objetivos:** Los tumores benignos de partes blandas de localización profunda pueden provocar una clínica y exploración similar a la de la trombosis venosa profunda (TVP).

**Material y métodos:** Mujer, 25 años, fumadora, sin antecedentes. Edema global de miembro inferior derecho de 5 meses de evolu-

ción. Diagnosticada de TVP femoropoplítea y tratada con heparina de bajo peso molecular a dosis terapéuticas es remitida a nuestra consulta para valoración. La exploración física objetivaba tumoración de gran tamaño palpable en raíz de muslo. Pruebas de imagen: — Eco-Doppler: masa heterogénea en raíz de muslo con calcificaciones. Vena poplítea e iliaca permeables, vena femoral desplazada. TAC: masa 15 × 10 cm entre el cuádriceps femoral y los músculos aproximadores, contacta con los vasos femorales sin infiltrarlos. RM: tumoración intermuscular en raíz de muslo. Arteria y vena femoral permeables desplazadas por la tumoración. Intervención quirúrgica: disección del paquete arteriovenoso femoral y del nervio safeno con extirpación completa marginal de la tumoración.

**Resultados:** La tumoración pesó 600 g con diagnóstico anatomopatológico de lipoma fusocelular totalmente extirpado. Tres meses después, la paciente presenta ambas extremidades inferiores sin diferencia de diámetros. Eco-Doppler sin evidencia de TVP poplítea, femoral o iliaca.

**Conclusión:** Los lipomas profundos son menos frecuentes pero más voluminosos y deformantes que los lipomas superficiales. Si se encuentran en contacto con los paquetes vasculares pueden producir una clínica indistinguible de la TVP por compresión extrínseca de las venas profundas. Su tratamiento es quirúrgico.

### P75. OPCIONES TERAPÉUTICAS PARA LAS SECUELAS DE LA TROMBOSIS VENOSA ILÍACA

M. Hernández Carbonell, V. Santaolalla García, M. Barbosa Barros, N. Moradillo Renuncio, I. Agúndez Gómez, F. Medina Maldonado y J. Mateos Otero

*Hospital General Yagüe. Burgos.*

**Introducción y objetivos:** Las trombosis venosas ilíacas han sido tratadas habitualmente de manera conservadora, aun con una elevada tasa de síndrome posttrombótico. En aquellos casos de gran incapacidad, se ha propuesto la derivación quirúrgica y en la nueva era endovascular, la recanalización y el stenting, ambos con excelentes resultados y con clara mejoría de la clínica.

**Material y métodos:** Caso 1: Varón, 34 años, trombosis iliofemoral derecha perinatal iatrogénica con varices suprapúbicas sintomáticas y varicoflebitis de repetición. Tras estudios de imagen en los que se evidencia trombosis completa del eje iliaco, se decide realizar bypass cruzado safenofemoral (operación de Palma) con permeabilidad a los 6 meses.

**Resultados:** Caso 2: Varón, 47 años, trombosis venosa iliaca izquierda secundaria a politraumatismo, presenta IVC CEAP 6 de siete años de evolución. En angioTC se objetiva oclusión de la vena iliaca externa y estenosis de la común, practicándose angioplastia y stent, con mejoría clínica inmediata.

**Discusión:** Los resultados del tratamiento de la patología venosa oclusiva del sector iliaco, tanto en su vertiente quirúrgica clásica como en su actual enfoque endovascular, son esperanzadores. Creemos que dada la morbilidad asociada a esta patología no debemos desestimar un abordaje terapéutico agresivo.

### P30. USO DE ANTIBIÓTICOS TÓPICOS EN LECHOS INFECTADOS: UNA TÉCNICA DE RECURSO

A. Bravo Molina, J. Parra Ruíz, J. Linares Palomino, B. Vera Arroyo, S. Lozano Alonso y E. Ros Díe

*Hospital Universitario San Cecilio. Granada.*

**Introducción y objetivos:** Uno de los pilares del tratamiento de la herida infectada en cirugía vascular es el tratamiento antibiótico sistémico específico. En determinadas ocasiones se puede recurrir a la antibioterapia tópica que presenta ventajas potenciales (altas concentraciones mantenidas en el foco, menor dosis, menor poten-

cial de absorción y toxicidad sistémica...) así como desventajas (dermatitis de contacto e hipersensibilidad, alteración de la flora normal, selección de cepas resistentes...). El objetivo del presente trabajo es describir el resultado del tratamiento antibiótico tópico en infecciones quirúrgicas de acuerdo a un protocolo recientemente establecido en nuestro servicio.

**Material y métodos:** Empleamos antibióticos tópicos en 6 lechos de amputación de dedos ya revascularizados, 2 lechos de amputación de dedos no isquémicos, 2 infecciones en trayectos de bypass y un muñón de amputación supracondílea abierto. Utilizamos, guiado por antibiograma, vancomicina en 7 casos de infecciones estafilocócicas y tobramicina o colistina en 3 casos de *Acinetobacter* y *Pseudomonas aeruginosa*.

**Resultados:** En 10 de los 11 casos, tras desaparecer los signos sépticos generales, se suspendió la antibioterapia, iniciando o manteniendo el tratamiento tópico por persistencia de la infección localizada y mala evolución del lecho. Todos los lechos de amputación de dedos mejoraron y granularon. Seis de ellos negativizaron cultivos. El muñón abierto evolucionó favorablemente y pudo volver a cerrarse. Un bypass se considera curado, el otro tenía una infección sistémica grave por *Acinetobacter baumannii*, falleciendo el paciente por shock séptico. En ningún caso aparecieron resistencias al antibiótico empleado ni efectos secundarios locales o sistémicos derivados de su empleo. Se comentan las pautas de administración de los antibióticos tópicos (VAC infusor, gasa húmeda o infusión en cavidad).

**Conclusión:** El uso de antibióticos tópicos es una técnica potencialmente útil para mejorar la evolución de lechos y heridas infectadas, evitando el uso prolongado de antibioterapia sistémica. Hoy por hoy no existen estudios que avalen el uso de antibióticos tópicos, pero tampoco que lo rechacen, siendo un tema de controversia.

### P01. LA ÚLCERA VENOSA EN EL CONTEXTO GLOBAL DE LA INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA. SUBESTUDIO C-VIVES

F. Lozano Sánchez, J. Escudero Rodríguez, S. Díaz Sánchez, J. Marinello Roura, I. Sánchez Nevárez y E. Carrasco Carrasco

*Hospital Clínico Universitario. Salamanca.*

**Introducción y objetivos:** Las úlceras venosas constituyen los estadios finales en la evolución de la insuficiencia venosa crónica. De hecho la clasificación CEAP, define como último estadio (C6) a la úlcera activa y su precedente (C5) a la úlcera cicatrizada. El objetivo de este estudio es profundizar en el conocimiento de estos dos estadios (C5-6) en el contexto general de la IVC.

**Material y métodos:** Dos grupos de pacientes con úlceras venosa crónicas: úlceras cicatrizadas (n = 136) y úlceras activas (n = 70); se empleó como control pacientes con grados C1 de CEAP (n = 243). Todos ellos fueron sometidos a un instrumento de medida de gravedad venosa (Venous Clinical Severity Score-VCSS) y dos cuestionarios de calidad de vida (Health Survey Short-Form-SF12 y Chronic Lower Limb Venous Insufficiency Questionnaire-CIVIQ20).

**Resultados:** Los pacientes de los grupos úlceras (activas o cicatrizadas) presentaron mayor gravedad respecto del grupo control ( $1,86 \pm 0,47$  vs  $1,57 \pm 0,47$  vs  $0,44 \pm 0,28$ ). Igualmente, los pacientes de los grupos úlceras (activas o cicatrizadas) presentaron peor calidad de vida respecto del grupo control, tanto la medida por SF-12 ( $40,78 \pm 18,80$  vs  $44,66 \pm 17,44$  vs  $67,24 \pm 17,40$ ) como por CIVIQ-20 ( $52,13 \pm 15,94$  vs  $55,37 \pm 12,51$  vs  $72,91 \pm 12,58$ ). Estas diferencias se mantuvieron significativas en todos los atributos del VCSS y de ambos cuestionarios de calidad de vida. Comparando los dos grupos úlceras entre sí, existe una diferencia estadísticamente significativa de mayor gravedad venosa en el grupo úlceras activa. Por el contrario, la calidad de vida medida por ambos cuestionarios (y en todos los atributos), aunque fue algo inferior en el grupo úl-

ceras activas, dichas diferencias no fueron significativas con el grupo úlceras cicatrizadas.

**Conclusión:** La presencia de una úlcera induce mayor gravedad, siendo esta mayor cuando está activa. Conjuntamente, la presencia de una úlcera disminuye la calidad de vida de los pacientes que la sufren pero indistintamente de su estado de cicatrización.

## 6.ª Sesión Sábado, 2 de junio de 2012 (08:00-09:00 h)

### P35. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE MIGRACIÓN DEL CUERPO DISTAL DE ENDOPRÓTESIS FENESTRADA

D. Olmos Sánchez, A. Torres Blanco, S. Morales Gisbert, A. Plaza Martínez, I. Martínez Perelló y E. Ortiz Monzón

*Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia.*

**Introducción y objetivos:** Presentar el caso clínico de una complicación poco frecuente tratada con éxito de forma endovascular.

**Material y métodos:** Paciente varón de 84 años tratado de aneurisma de aorta abdominal yuxtarenal en 2006 mediante endoprótesis fenestrada. Acude a revisión, asintomático (no revisiones en los dos años anteriores). En angioTC de control se objetiva crecimiento del saco aneurismático y migración distal del módulo intermedio de la endoprótesis fenestrada, con convexidad anterior pronunciada de la endoprótesis, sin fuga de contraste. En la revisión anterior, el angioTC era normal. Ante el diagnóstico de migración de cuerpo distal de endoprótesis fenestrada y alto riesgo de fuga, se decide intervención quirúrgica programada con colocación de endoprótesis bifurcada por dentro de endoprótesis bifurcada previa. Se contemplaron varias opciones de tratamiento endovascular: interposición de endoprótesis recta, "endostapling" o endoprótesis bifurcada, optando finalmente por esta última.

**Resultados:** El angioTC de control previo al alta objetiva un adecuado posicionamiento de la endoprótesis, sin endofugas ni complicaciones. Ha mantenido revisiones periódicas hasta el año de seguimiento, encontrándose sin variaciones morfológicas, exclusión efectiva y manteniéndose la corrección, así como con función renal conservada.

**Conclusión:** Las endoprótesis fenestradas permiten el tratamiento de aneurismas aórticos con cuellos muy cortos, con buenos resultados a medio plazo. Sin embargo, estas endoprótesis no están exentas de complicaciones específicas (como el caso descrito o el colapso de alguno de los stents de algún tronco visceral). El abordaje endovascular puede permitir el tratamiento de estas complicaciones de un modo efectivo y mínimamente invasivo, aunque suele ser más complejo de realizar por la ocupación de espacio por los componentes de la misma endoprótesis.

### P54. TRATAMIENTO HÍBRIDO DE PSEUDOANEURISMAS AÓRTICOS POST-REPARACIÓN DE COARTACIÓN. A PROPÓSITO DE 2 CASOS

A. Salazar Álvarez, A. Fernández Heredero, L. Riera del Moral, N. Concepción Rodríguez, G. Garzón Moll y L. Riera de Cubas

*Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

**Introducción y objetivos:** Los procedimientos endovasculares son una opción mínimamente invasiva para el tratamiento de pseudoaneurismas aórticos post-reparación de coartación (PAPC). Ocasionalmente su localización obliga al anclaje en zonas 0, 1 y 2 de

Balm. De 9 PAPC tratados en el último quinquenio presentamos dos casos que precisaron tratamiento híbrido con exclusión endovascular del pseudoaneurisma y revascularización abierta de arterias supra-aórticas.

**Material y métodos:** Paciente 1: mujer de 45 años asintomática, con antecedente de aortoplastia con parche hace 37 años por coartación aórtica. Durante el seguimiento presenta dilatación aneurismática de 42 × 47 mm (APxL) englobando origen de carótida. Se realiza bypass carótido-carotídeo e implantación de endoprótesis torácica (22 × 22 × 150) en zona-1 con prolongación (24 × 24 × 100) y embolización de subclavia con coils. Paciente 2: varón de 37 años, con aortoplastia hace 36 años y angioplastia percutánea de recoartación hace 21, que presenta episodios de hemoptisis esporádicos. En angioTC presenta dilatación aneurismática de cayado de 43 × 33 × 35 mm (APxTxL) englobando salida de subclavia y salida atípica de vertebral en cayado. Se realiza bypass carótido-subclavio e implantación de endoprótesis (24 × 24 × 100) anclada en zona-2, ocluyendo vertebral y subclavia izquierda, asociando Amplatzer®20 en origen de subclavia.

**Resultados:** Tras 24 horas en la Unidad de Cuidados Intensivos son trasladados a la planta donde presentan postoperatorio no complicado, sin focalidad neurológica ni paraplejia al alta ni en la revisión al mes. AngioTC control con bypass y endoprótesis permeables y sin fugas.

**Conclusión:** El tratamiento híbrido del cayado aórtico es una estrategia válida en el tratamiento de los PAPC en casos que obliguen a ocluir arterias supraaórticas.

### P89. MANEJO DE ENDOFUGA TIPO II EN AAA ASOCIADO A RIÑÓN EN HERRADURA TRATADO PREVIAMENTE MEDIANTE PRÓTESIS BIFURCADA: A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Martín Álvarez, S. Carmona Berriguete, S. Migodzinski, A. Salgado Pacheco y G. Collado Bueno

*Hospital Infanta Cristina. Badajoz.*

**Introducción y objetivos:** La sincronía entre aneurisma de aorta abdominal (AAA) y riñón en herradura (0,25-0,50%) supone un reto a la hora del abordaje terapéutico, reflejado en un aumento de las cifras de morbilidad (4-19%) y mortalidad (7-33%) quirúrgicas, más aún cuando éstos asocian anomalías en su vascularización (60-80%), como en el caso que a continuación detallamos.

**Material y métodos:** Varón de 55 años con comorbilidad importante asociada, que presenta AAA mayor de 5 cm de diámetro asociado a riñón en herradura, con una arteria accesoria que irriga el istmo renal desde cara anterior aórtica. Con carácter electivo se realiza exclusión de AAA con endoprótesis bifurcada TALENT (24 × 12 × 170 + 14 × 12 × 105 mm), embolizando previamente arteria accesoria con coils metálicos.

**Resultados:** Éxito técnico intraoperatorio con exclusión completa del AAA. En angioTC posquirúrgico se observa un infarto de polo renal inferior, sin repercusión analítica ni funcional. A los 18 meses de seguimiento se detecta endofuga tipo II debida al circuito establecido entre una rama ilio-lumbar y una arteria polar inferior a través del saco aneurismático, objetivándose un crecimiento del mismo, por lo que se realiza embolización de la conexión vía femoral derecha.

**Conclusión:** La técnica endovascular evita daños al parénquima renal y el sistema pielocalicial, fuente importante de comorbilidad en la cirugía abierta, sin embargo, dadas las frecuentes anomalías de vascularización, la exclusión del saco aneurismático puede suponer la apertura de shunts previamente silentes condicionando su represurización. El seguimiento debe ser más exhaustivo que en otros casos para su detección y tratamiento tempranos.

### P07. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ENDOFUGA TIPO I EN PACIENTE CON ENFERMEDAD POLIANEURISMÁTICA Y PROGRESIÓN DE SU PATOLOGÍA DE BASE

A. Reyes Valdivia, A. Miguel Morrondo, B. Castejón Navarro, T. Martín González, C. Gómez Olmos, E. Aracil Sanus y C. Cuesta Gimeno

*Hospital Ramón y Cajal. Madrid.*

**Introducción y objetivos:** La enfermedad polianeurismática es una condición rara en donde varios segmentos del árbol vascular están dilatados o ectásicos. La incidencia se describe entre un 4-6%. Se produce principalmente entre los 50 y 70 años, con predominancia de varones y el sector aorto-ilíaco. La presentación clínica es como aneurismas típicos, con trombosis, embolismos ó ruptura

**Material y métodos:** Varón de 81 años hipertenso, obeso, dislipémico, cardiópata tratado con stent coronario 12 años antes y tratado 5 años antes de AAA de 67 mm con endoprótesis aorto-biiliaca (Gore Excluder 28-14-12 con extensión iliaca derecha 20-9,5 y extensión contralateral izquierda 20-9,5). En angioTAC control se observó saco aneurismático de 80 mm con contraste en su interior, con endofuga tipo I. Arteria hipogástrica D de 27 mm, AFS Izq de 33 mm, y poplítea D de 20 mm.

**Resultados:** Se planteó tratamiento endovascular con Cuff proximal (36 mm Endurant - Medtronic), con arterias renales permeables, embolización de hipogástrica D con coils (Cook 8mm) y extensión AIE (Gore 16-16-13,5). AFS Izq se excluyó con Viabahn (Gore 11-11-10) y aneurisma poplíteo con prótesis Viabahn. La angiografía control no evidenció fugas El angioTAC control confirmó exclusión de los aneurismas antes mencionados.

**Conclusión:** Este caso representa una condición que no se asocia en su fisiopatología al aneurisma aórtico ni a los aneurismas periféricos. Con una evolución en algunos casos muy rápida de crecimiento y dilatación del árbol vascular. Las técnicas endovasculares permiten una solución mínimamente invasiva y bastante efectiva en este tipo de pacientes. Cabe mencionar que, dada la rápida evolución de los mismos, se debe seguir un control estrecho para objetivar rápidamente las posibles complicaciones.

### P-19. ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL ROTO POR ENDOFUGA TIPO III MÁS FÍSTULA AORTO-CAVA. A PROPÓSITO DE UN CASO

R. Banda Bustamante, G. Volo Pérez, S. de Varona Frolov, A. Betancor Heredia, M. Acosta Silva, E. Bordes Galván y M. Lertzundy Henao

*Hospital Universitario Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas.*

**Introducción y objetivos:** Reportamos el caso de un varón de 73 años, que presentó aneurisma de aorta abdominal roto por endofuga tipo III, después de ser reparado de forma programada mediante endoprótesis tipo Endurant aortobiiliaca más extensión proximal por fuga tipo I observada en el intraoperatorio hace 16 meses, para tratar un aneurisma de aorta abdominal infrarrenal asintomático de 7,3 cm de diámetro máximo.

**Material y métodos:** Caso clínico.

**Resultados:** Este es el primer caso de endofuga tipo III visto en el servicio. La ruptura fue confirmada mediante tomografía axial computarizada y tratada satisfactoriamente de forma urgente con cierre de fístula aorto-cava, sutura de rama contralateral del cuerpo de la endoprótesis bifurcada y realización de bypass femoro-femoral cruzado derecha-izquierda.

**Conclusión:** La incidencia de rotura después de la reparación endovascular de un aneurisma varía desde el 0,2 hasta el 1% al año (2). Se ha señalado que la rotura de un aneurisma después de colocar una endoprótesis conlleva a una mortalidad menor que un aneurisma primario, asociando una mortalidad del 50% (1). Las endofugas

tipo III tras EVAR suelen ocurrir tardíamente debido a la desconexión modular o defecto de fabricación, no siendo infrecuente en las endoprótesis de primera generación, pero menos vistas con las nuevas generaciones (6). Una publicación de EUROSTAR calculó el riesgo relativo de 8,95 para la rotura tardía con la presencia de endofugas tipo II I (4). La explicación a la causa de la desconexión modular cabe destacar una posible daño a la endoprótesis por severas angulaciones o rotaciones, manipulación excesiva endovascular, inadecuado sellado o defecto de fábrica (3). Las endofugas tipo III deben ser tratadas lo más pronto posible debido al alto riesgo que conlleva a la ruptura aneurismática. El tratamiento puede ser endovascular o abierto (5).

### P64. EMBOLIZACIÓN POR PUNCIÓN DIRECTA DEL SACO ANEURISMÁTICO POR ENDOFUGA TIPO II. A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Pantoja Peralta, P. Fariñas Alija, N. Argilès Mattes, J. Sepúlveda Grisales, E. Rollán Saint-Amand, P. Díaz Torrent y V. Martín Paredero

*Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona.*

**Introducción y objetivos:** Las endofugas tipo II persistentes en el seguimiento de las endoprótesis de aorta con crecimiento del saco suponen a veces un reto terapéutico, especialmente aquellas con un origen difícil de localizar. Presentamos un peculiar caso de endofuga tipo II persistente que necesitó de tratamiento mediante punción directa del saco.

**Material y métodos:** Paciente de 65 años con antecedentes de aneurisma aórtico abdominal tratado con endoprótesis aorto-biliaca que presenta crecimiento progresivo del saco aneurismático de 87 mm. Se realiza arteriografía y se visualiza endofuga sin poder determinar el origen concreto a pesar de múltiples inyecciones selectivas. Se realizan múltiples intentos de embolización percutánea sin éxito, por lo que se decide finalmente realizar un procedimiento mixto. Se realiza cirugía abierta y con visión directa del saco y control radiológico se procede a punción directa del saco y su posterior embolización.

**Resultados:** El postoperatorio es satisfactorio y en posteriores controles por TAC no se identifican imágenes de endofugas. Después de 6 meses de seguimiento se observa una disminución en el tamaño del saco de 0,4 mm.

**Conclusión:** La embolización a través de diferentes vías de acceso de los vasos responsables o del saco es una alternativa eficaz y menos invasiva. El tratamiento quirúrgico convencional debe reservarse en los casos de imposibilidad técnica endovascular.

### P15. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR EN EL SÍNDROME DE LERICHE: A PROPÓSITO DE UN CASO

N. Torreguitart Mirada, J. Cordobès Gual y J. de Frutos Rincón

*Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida.*

**Introducción y objetivos:** La cirugía endovascular permite tratar lesiones complejas mediante técnicas mínimamente invasivas, lo cual permite realizar revascularizaciones anatómicas en pacientes de alto riesgo quirúrgico. Exponemos el caso de un paciente con síndrome de Leriche y calcificación arterial extrema con isquemia crítica de extremidad inferior izquierda (EII).

**Material y métodos:** Varón de 59 años fumador, hipertenso, dislipémico, con criterios de enfermedad pulmonar obstructiva crónica en tratamiento broncodilatador y antecedente de ictus cerebral con hemiplejía derecha. Laparotomía previa por herida de asta de toro y portador de prótesis de fémur derecho. Exploración vascular:

ausencia de pulsos a todos los niveles en extremidades inferiores con necrosis del 2º dedo en EII. Índice tobillo-brazo (ITB) preoperatorio de 0,3 bilateral. AngioRM y angioTAC: oclusión de aorta distal (a nivel de arteria mesentérica inferior) con recanalización en ambas arterias femorales comunes (AFC) por epigástricas. Severa calcificación arterial en aorta-ejes ilíacos (aorta en caña de bambú). Permeabilidad del sector fémoro-popliteo con enfermedad de arterias distales asociada.

**Resultados:** Bajo anestesia general, por punción percutánea de arteria humeral izquierda y ambas AFC, se procedió a la recanalización de aorta terminal y ambos ejes ilíacos. Se realizó cazado de guía en el espacio subintimal por imposibilidad de reentrada desde abordaje anterógrado y retrógrado. Se implantaron 6 endoprótesis cubiertas (4 AdvantaV12®, Atrium, y 2 Viabahn®, ore) y un stent de nitinol (Absolute-Pro®, Abbott). Asociando amputación transfalángica del 2º dedo EII. El paciente recuperó pulsos femorales y poplíteos en el postoperatorio inmediato con cicatrización del lecho de amputación y desaparición del dolor en reposo. Fue dado de alta al 6º día postoperatorio. Al año el paciente sigue asintomático con ITB bilateral 0,75, curvas trifásicas proximales y estenosis < 0% en aorta infrarenal previa a las endoprótesis.

**Conclusión:** Las oclusiones complejas del sector aorto-ilíaco pueden tratarse exitosamente mediante cirugía endovascular, a pesar de la calcificación severa, en pacientes con alto riesgo para cirugía abierta, con baja morbilidad y cortas estancias hospitalarias.

## P26. EXPLANTE DE ENDOPRÓTESIS AORTOBILIÁCA EN PACIENTE CON ENDOLEAK TIPO II SINTOMÁTICO

F. Diéguez Rascón, F. Moreno Machuca, J. López Lafuente, G. Núñez de Arenas Baeza, A. García León, J. Haurie Girelli y J. González Herráez

*Hospital Universitario Valme. Sevilla.*

**Introducción y objetivos:** Las endofugas son una complicación de los EVAR que se define como la persistencia de flujo dentro del saco por fuera de la pared de la endoprótesis. Representan una exclusión incompleta del AAA de la circulación arterial, por lo que el saco aneurismático se mantendría presurizado en mayor o menor medida, lo que puede llevar a su crecimiento y/o rotura.

**Material y métodos:** Presentamos un caso de explante de endoprótesis aortobiliaca en paciente con endoleak tipo II sintomático tras imposibilidad de tratamiento endovascular.

**Resultados:** Varón de 67 años con antecedentes de HTA, cardiopatía isquémica no revascularizable. Presenta AAA de 5,8 cm en el momento del diagnóstico, siendo tratado en otro centro hospitalario, mediante implante de endoprótesis aortobiliaca y embolización hipogástrica en el mismo acto quirúrgico. En seguimientos posteriores presenta crecimiento de saco aneurismático hasta alcanzar 12 cm de diámetro máximo por persistencia de rama dependiente de arteria lumbar (endoleak tipo II). Tras múltiples intentos fallidos de embolización mediante diferentes vías de acceso de los vasos responsables, y ante la aparición de clínica de dolor lumbar incoercible resistente a tratamiento analgésico con imposibilidad de deambulación normal, se desestima tratamiento endovascular optando por intervención quirúrgica programada: exclusión endoprótesis e implante de bypass aortobifemoral con prótesis de dacron.

**Conclusión:** Actualmente, la actitud predominante es actuar sobre las endofugas tipo II cuando éstas se asocian al crecimiento del saco. La técnica más aceptada es la embolización mediante distintos materiales y con diferentes vías de acceso de los vasos responsables o bien del saco. En los casos en los que el tratamiento endovascular no sea posible el explante endoprótesis es la única opción terapéutica, siendo éste de muy elevado riesgo quirúrgico.

## P93. ENDOFUGA TIPO III EN PACIENTE CON ANEURISMA AORTA TORÁCICA TRATADO POR TEVAR

A. Delgado Molinos, J. Coghi Granados, L. Marchena Ros, N. Sancho Gracia, L. Sarmiento Marasovic, A. Duato Jane y J. Azcona Elizalde

*Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.*

**Introducción y objetivos:** La efectividad del tratamiento endovascular de los aneurismas torácicos (TEVAR) se ve afectada por la persistencia de flujo sanguíneo hacia el saco aneurismático (endofuga), provocando aumento de la presión en el saco aneurismático y una alta morbilidad.

**Material y métodos:** Paciente de 77 años, fumador, hipertenso, diabetes mellitus tipo 2, EPOC, dislipémico, úlcus gástrico. Aneurisma aorta torácica descendente de 8 cm en su diámetro máximo (hallazgo casual) en 2009, tratado con implante de dos endoprótesis Medtronic® Valiant. Control cada 6 meses con TAC. Acude a Urgencias 2 años después por presentar dolor centrotorácico irradiado a zona interescapular, se realiza TAC con medio de contraste, donde se evidencia un aneurisma toraco-abdominal (hasta mesentérica superior) con sospecha de hemotórax. El paciente rehúsa ser sometido a medidas terapéuticas o diagnósticas invasivas. Tres semanas después reingresa por presentar dolor torácico incapacitante, dificultad respiratoria y síntomas vegetativos, se realiza TAC con medio de contraste y se documenta un aumento de tamaño del aneurisma toracoabdominal a 11,7 cm con imagen de fuga al saco aneurismático, por lo que se realiza la intervención quirúrgica de urgencia.

**Resultados:** Se realiza una laparotomía media, bypass iliomesentérico e iliohepático común en primer tiempo, seguido de una disección inguinal derecha. Arteriografía con presencia de endofuga tipo III. Se realiza implante de 4 endoprótesis (Medtronic® Valiant) en aorta torácica desde arteria subclavia izquierda hasta fijación suprarrenal, con un buen control angiográfico. El paciente fallece a las 48 horas postoperatorias por fallo multiorgánico en la UCI.

**Conclusión:** Las endofugas tipo III son una complicación de TEVAR, con indicación clara para tratamiento quirúrgico.

## P86. RESCATE ENDOVASCULAR DE BYPASS AORTOBIFEMORAL TROMBOSADO

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

*Hospital Universitario Montepíncipe. Madrid.*

**Introducción y objetivos:** Presentamos un caso de recanalización endovascular de un bypass aortobifemoral crónicamente ocluido y descripción de la técnica.

**Material y métodos:** Varón de 69 años, con cardiopatía isquémica revascularizada, remitido a nuestro servicio por claudicación intermitente severa. Siete años antes había tenido en otro centro dos intentos de revascularización, un stent ilíaco y un bypass aortobifemoral, ocluidos en el postoperatorio inmediato. El angio-TC evidenció trombosis del bypass, estenosis aórtica infrarenal y la anastomosis latero-terminal parcialmente permeable. Sospechamos que un fallo técnico debido a la severa enfermedad femoral había hecho fracasar las revascularizaciones, por lo que se decidió realizar una reconstrucción híbrida. A través de un acceso femoral bilateral se realizó la trombectomía del bypass. Se implantó un stent cubierto Advanta V12 16 × 61 tratando la estenosis aórtica y cubriendo la antigua anastomosis proximal y dos Advanta V12 9 × 59 en la porción proximal de las antiguas ramas (kissing-stent). Se realizó endarterectomía femoral bilateral y reconstrucción arterial.

**Resultados:** Fue necesaria trombectomía de la rama izquierda por trombosis en el postoperatorio inmediato, y en el angio-TC se evi-

denció embolia visceral múltiple, que evolucionó de forma favorable con tratamiento médico.

**Conclusión:** Los procedimientos endovasculares e híbridos son una alternativa aceptada a la cirugía abierta para el tratamiento de la enfermedad oclusiva aortoiliaca, pero no hemos encontrado en la literatura ningún caso de reparación endovascular de bypass similar al presentado. Este abordaje puede ser una herramienta útil para la reparación de bypass aortobifemoral ocluido en pacientes de alto riesgo.

### P90. CANALIZACIÓN ARTERIAL IATROGÉNICA DE DISPOSITIVOS VENOSOS EN TRONCOS SUPRAAÓRTICOS DURANTE LA CATETERIZACIÓN VENOSA CENTRAL. OPCIONES DE TRATAMIENTO

M. Zaplana Córdoba, M. Cambronero Aroca, A. Martínez Monsalve, O. Cosín Sales, A. Abdelkader Abu-Sneimeh, R. Pérez López y A. Masegosa Medina

*Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.*

**Introducción y objetivos:** La canalización de catéteres venosos centrales (CVC) es un procedimiento muy extendido. La lesión arterial iatrogénica durante el uso de CVC ocurre en el 0,1-0,8% de los casos, incluyendo hematomas, hemotórax, pseudoaneurismas y fístulas arteriovenosas. La introducción iatrogénica de CVC en arterias puede provocar lesiones no tratables mediante compresión manual por el diámetro o localización de los dispositivos, precisando tratamiento quirúrgico o endovascular.

**Material y métodos:** Presentación de tres casos y revisión de bibliografía.

**Resultados:** Caso 1: Mujer con insuficiencia renal crónica que, tras inserción mediante punción ecoguiada de un catéter Shaldon vía yugular derecha, se comprueba su localización en carótida. Se realiza cirugía para la extracción del catéter, comprobándose lesión de ambas yugulares y carótida común y realizándose cierre directo de las mismas. Caso 2: Varón con bloqueo aurículo-ventricular de 2º grado que en la implantación de un marcapasos provisional vía yugular derecha se genera un bucle en el cable que imposibilita su retirada. Se comprueba mediante eco-Doppler su localización en carótida común, realizándose extracción quirúrgica y cierre arterial primario. Caso 3: Varón ingresado en reanimación por hemorragia intracraneal que en la canalización de un CVC vía subclavia derecha se cateteriza la arteria subclavia, usándose para la hemostasia un dispositivo de cierre percutáneo con tapón de colágeno tipo Angio-Seal®.

**Conclusión:** Cuando un CVC se encuentra en carótida es recomendable la reparación quirúrgica incluso si se trata de catéteres pequeños en los casos en los que existe ateromatosis. Para catéteres alojados en subclavia se aconseja la obtención de un acceso endovascular periférico, la retirada del dispositivo más compresión y la colocación de un stent si no se resuelve. Los dispositivos de cierre percutáneo pueden usarse fuera de indicación para la subclavia existiendo mayor riesgo de fallo en el despliegue o descenso del dispositivo por ser un vaso más friable. Las complicaciones del uso de CVC pueden ser graves, por lo que es importante la experiencia y técnica para evitar convertir un procedimiento invasivo menor en una situación de riesgo vital para el paciente.

### P53. SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD DEL SISTEMA DE CIERRE ARTERIAL PERCUTÁNEO STARCLOSE EN ACCESOS VASCULARES SUPERIORES A 6 F

A. Velescu, C. Llorc Pont, L. Calsina Juscafresa, E. Mateos Torres, M. Mellado Joan, E. Paredes Mariñas y A. Clará Velasco

*Hospital del Mar. Barcelona.*

**Introducción y objetivos:** El uso del dispositivo de cierre arterial Starclose (Abbot) está indicado en punciones femorales de 5 y 6 F

reduciendo el tiempo de hemostasia y facilitando la deambulación precoz. En este estudio evaluamos la seguridad y eficacia hemostática del dispositivo Starclose en accesos vasculares femorales superiores a 6F.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo entre 2006 y 2011 sobre 248 cierres (183 pacientes) con Starclose en 13 accesos de 5 F (5,2%), 166 de 6 F (66,9%), 61 de 7 F (24,6%), 4 de 8 F (1,6%) y 3 de 10 F (1,2%). Se consideró el dispositivo como efectivo cuando se consiguió hemostasia directa o con compresión manual complementaria inferior a 5 minutos. Se registraron las complicaciones posprocedimiento (sangrado, pseudoaneurisma, trombosis).

**Resultados:** El dispositivo fue efectivo en el 100% (13/13) de los casos de 5 F, 91% (151/166) de 6 F, 90,2% (55/61) de 7 F, 75% (3/4) de 8 F y 100% (3/3) de de 10 F, no existiendo menor eficacia estadísticamente significativa en indicaciones off label (> 6F). De forma adicional, ni la cirugía femoral previa (7 casos, 100% efectividad) ni la utilización del Starclose de forma iterativa (36 casos, 97,2% efectividad) se asociaron de forma significativa a menor efectividad. Un paciente precisó intervención quirúrgica por sangrado (6 F).

**Conclusión:** El dispositivo Starclose permite una hemostasia eficaz y segura en punciones femorales de 7F y probablemente también en calibres superiores siendo, a la vez, efectivo de forma iterativa o en casos de cirugía femoral previa.

## 7.ª Sesión Sábado, 2 de junio (13:00-14:00 h)

### P63. ISQUEMIA AGUDA DE MMSS Y TROMBOCITOPENIA INDUCIDA POR HEPARINA (TIH)

A. López Palencia, E. Martínez Ruiz, J. Alós Vilacrosa, P. Carreño Ávila, M. Davins Riu y J. Marinelló Roura

*Hospital de Mataró. CSdM. Mataró. Barcelona.*

**Introducción:** Las isquemias de MMSS son poco frecuentes y cuando se presentan en individuos jóvenes, sin una causa tromboembólica evidente, son de difícil diagnóstico etiológico. La trombocitopenia inducida por heparina (TIH) es una entidad protrombótica infrecuente pero de elevada morbimortalidad. Presentamos dos casos de isquemia multifocal que se iniciaron en MMSS.

**Caso 1:** Mujer de 51 años. Antecedentes de HTA, Sd. depresivo que presenta isquemia subaguda MSI. La perfusión con UK no recupera el cuadro, por lo que se le realiza trombectomía áxilo humeral y colocación de stent por estenosis residual. Nuevos cuadros isquémicos posteriores son rebeldes al tratamiento médico quirúrgico y conllevan la amputación de la extremidad. Todos los estudios complementarios fueron negativos para filiar la etiología. A los 4 meses, presenta cuadro de TEP masivo + TVP bilateral MMII. Una mínima plaquetopenia periférica puso la pista para la determinación de Ac anti FP IV, siendo diagnosticada de TIH.

**Caso 2:** Varón de 53 años con antecedentes de fractura de clavícula intervenida (no consta tratamiento con HBPM) que presenta isquemia subaguda de MSI, ambas EEII e infarto esplénico. Múltiples intervenciones de revascularización en MMII que acaban en la amputación del MII. Una plaquetopenia ligera orienta el cuadro hacia una TIH. Desde la supresión de la heparina no ha presentado nuevos episodios isquémicos.

**Conclusiones:** 1. Debe sospecharse un cuadro de TIH en personas jóvenes con isquemia no filiada de MMSS de evolución subaguda, incluso si no han recibido tratamiento previo con heparinas. 2. Una mínima plaquetopenia periférica puede ser el marcador para el despistaje. 3. La eliminación de la heparina del tratamiento previene rápidamente nuevos episodios trombóticos.

### P58. TROMBO FLOTANTE AÓRTICO SINTOMÁTICO COMO MANIFESTACIÓN DE TROMBOCITOPENIA INDUCIDA POR HEPARINA

L. Esparza Gómez, I. López de Maturana Carrasco, J. Rodríguez Padilla, C. González Hidalgo, J. March García y F. Acín García

*Hospital Universitario de Getafe. Madrid.*

**Introducción y objetivos:** La trombocitopenia inducida por heparina (TIH) esta mediada por la formación de anticuerpos anti heparina-factor plaquetario 4, provocando un estado protrombótico en el organismo.

**Material y métodos:** Paciente varón de 59 años, portador heterocigoto de MTHFR-6775, intervenido de prótesis de rodilla izquierda y en tratamiento con HBPM profiláctico. En su 10º día posquirúrgico presenta trombocitopenia e isquemia aguda MID, precisando embolectomía urgente, instaurándose tratamiento con heparina sódica en perfusión continua. 24 horas después presenta nueva isquemia aguda en extremidad contralateral, sometiéndose a cirugía urgente. Tras 12 horas de estabilidad clínica inicia nueva isquemia aguda MID con trombosis de lecho distal, precisando trombectomía de urgencia, 24 horas más tarde comienza con nueva isquemia aguda en MID, solicitándose angio-CT urgente, que informa de la existencia de abundante trombo mural irregular en aorta torácica distal y gran trombo flotante en región de aorta abdominal visceral, con oclusión de eje iliaco derecho. Anatomía patológica de material quirúrgico: trombo plaquetario.

**Resultados:** Con el diagnóstico de trombocitopenia inducida por heparina, se inicia tratamiento con lepirudina, realizándose iliaca derecha y bypass poplíteo-tibial posterior. Postoperatorio sin nuevos episodios isquémicos, manteniéndose perfusión de lepirudina, normalizándose los parámetros hematológicos e iniciándose anticoagulación oral. Tras 3 meses se le realiza angio-CT con desaparición del trombo flotante y disminución significativa de restos trombóticos restantes.

**Conclusión:** La TIH es una complicación grave que debe tenerse en cuenta ante eventos tromboembólicos de repetición en pacientes en tratamiento con heparina, con una excelente respuesta a su tratamiento sustitutivo.

### P37. ISQUEMIA MEDULAR SECUNDARIA A TROMBOSIS AGUDA DE AORTA INFRARRENAL

S. Revuelta Suero, S. González Sánchez, G. Moñux Ducajú, I. Martínez López, A. Saiz Jerez, M. Hernando Rydings y F. Serrano Hernando

*Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

**Introducción y objetivos:** La oclusión aguda de la aorta infrarrenal es una entidad poco frecuente, aunque está asociada a una elevada morbimortalidad. Son habituales las alteraciones sensitivomotoras, pero la paraplejia súbita por isquemia medular es excepcional.

**Material y métodos:** Mujer de 52 años, fumadora e intervenida de hernia discal lumbar en tres ocasiones. Acudió a Urgencias remitida desde otro centro por dolor intenso en ambos miembros inferiores (MMII) junto a paraplejia e incontinencia esfinteriana. Aportaba angioTC que objetivó oclusión de aorta yuxtarenal con signos de ateromatosis moderada, con recanalización en bifurcación iliaca derecha y arteria iliaca externa izquierda. Con objeto de descartar patología compresiva medular se solicitó RMN que mostró imagen sugerente de isquemia medular. En la exploración física presentaba oclusión iliaca bilateral, plejia y anestesia de ambos MMII, con ausencia de señal doppler en vasos distales. La arteriografía confirmó los hallazgos del TC. Se realizó trombectomía de la aorta infrarrenal y BP aortobifemoral, tras evidenciarse oclusión yuxtarenal por ateromatosis aórtica.

**Resultados:** A las 3 horas de la cirugía la paciente recuperó motilidad, sensibilidad y continencia de esfínteres, con pulsos distales normales. Ecocardiograma sin hallazgos patológicos y TC toracoabdominal con oclusión de aorta distal y bypass permeable, sin encontrar patología a ningún otro nivel. Cultivos de trombo negativos. Estudio anatomopatológico del trombo sin hallazgos anormales. Fue dada de alta el 7º día postoperatorio con ITB = 1 bilateral y asintomática neurológicamente.

**Conclusión:** La isquemia medular secundaria a trombosis aórtica aguda es una entidad excepcional que requiere un diagnóstico precoz y tratamiento quirúrgico urgente para minimizar las secuelas neurológicas.

### P38. COSTILLA CERVICAL COMO CAUSA DE ISQUEMIA AGUDA EN LA EXTREMIDAD SUPERIOR

O. Roset Balada, P. Rodríguez Cabeza, A. Presas Porcell, C. Ruz Sastre, A. Lara Anero, F. Sebastián Quetlas y O. Andrés Navarro

*Hospital Universitari Josep Trueta. Girona.*

**Introducción y objetivos:** Paciente de 36 años sin ningún antecedente médico de interés que acude a nuestro hospital por signos de isquemia aguda en la extremidad superior izquierda.

**Material y métodos:** Tras la realización de un angioTC, en la reconstrucción 3D del mismo se aprecia un defecto intimal en arteria subclavia izquierda, una obliteración de la arteria humeral izquierda con repermeabilización a arteria radial y cubital y la presencia de una costilla cervical bilateral. Se procede a la trombectomía de la arteria humeral y colocación de un Viabahn en el defecto intimal de la arteria subclavia. Posteriormente se procede a la extracción de la costilla cervical izquierda.

**Resultados:** La paciente recupera pulsos distales en la extremidad y buena coloración y temperatura distal. Durante el seguimiento no ha presentado complicaciones.

**Conclusión:** A pesar de ser una causa poco frecuente de isquemia aguda de las extremidades superiores, debemos sospechar la presencia de una costilla cervical sobretudo en pacientes jóvenes o en pacientes con isquemia de extremidades superiores sin causa aparente.

### P105. EMBOLIA PARADÓJICA: VARIABILIDAD EN ORIGENES Y DESTINOS

O. Cosín Sales, M. Zaplana Córdoba, A. Martínez Monsalve, M. Cambroner Aroca, M. Landaluce Chaves, M. Capilla Montes y A. Masegosa Medina

*Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.*

**Introducción y objetivos:** La embolia paradójica ocurre cuando un trombo que se origina en el territorio venoso alcanza el sistema arterial a través de una comunicación derecha-izquierda anómala. Las presentaciones son múltiples dependiendo del territorio arterial que se vea implicado y la gravedad clínica del cuadro venoso. Presentamos nuestra experiencia en diagnóstico y manejo de cuadros de embolia paradójica de diversa naturaleza.

**Material y métodos:** Se exponen dos casos con diferente origen del cuadro venoso, así como del territorio arterial embolizado, describiéndose el manejo diagnóstico y actitud terapéutica.

**Resultados:** Caso clínico 1: Varón de 36 años politoxicómano que acude a urgencias por clínica de dolor e impotencia funcional en miembro inferior derecho. Asimismo, cuenta clínica de un mes de evolución de tos, disnea y opresión torácica. Es diagnosticado mediante TC de embolia pulmonar masiva y probable foramen oval permeable. Ante la gravedad del cuadro isquémico, se realiza embolectomía transfemoral urgente y se inicia anticoagulación sistémica. En estudios posteriores a la cirugía se confirma el diagnóstico de

foramen oval permeable mediante ecocardiografía y se diagnostica de TVP femoro-poplíteo derecha con signos de repermeabilización, además de un Factor VIII de la coagulación elevado. Caso clínico 2: Varón de 53 años con antecedentes de ictus isquémico cerebeloso y previamente intervenido de safenectomía bilateral, acude a urgencias nuevamente por cuadro pérdida de fuerza y anartria. Tras descartar patología en TSA y confirmar ecográficamente la existencia de un foramen oval permeable, se decide iniciar tratamiento anticoagulante con antivitamina-K. Pasados 5 años, y prácticamente sin secuelas de los episodios isquémicos previos, acude a la consulta por cuadro de varicotrombosis sobre recidiva en safena anterior, a pesar de la correcta anticoagulación. Se decide tratamiento de la recidiva como prevención de recurrencia embólica.

**Conclusión:** La embolia paradójica, siendo una causa infrecuente de isquemia arterial aguda, debe ser tenida en cuenta ante la ausencia de factores etiológicos y la presencia de episodios previos recientes de trombosis o estados de hipercoagulabilidad, debido a la alta prevalencia de la persistencia del foramen oval en la población.

### P-95. FÍSTULA AORTO-CAVA ASOCIADA A ROTURA DE ANEURISMA AORTA ABDOMINAL

L. Marchena Ros, N. Sancho Gracia, A. Delgado Molinos, J. Coghi Granados, L. Sarmiento Marasovic, A. Duato Jane y J. Azcona Elizalde

*Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.*

**Introducción y objetivos:** La formación de una fístula aorta cava espontánea es una complicación poco frecuente, aparece en un 2-4% en los aneurismas de aorta abdominal rotos. La mayoría de los casos se presentan como masa abdominal pulsátil, soplo abdominal continuo e insuficiencia cardiaca hiperdinámica.

**Material y métodos:** Presentamos el caso de un paciente varón de 68 años, hipertenso, fumador, DM tipo 2, con antecedentes de cardiopatía isquémica, que ingresa de forma urgente por presentar dolor abdominal lumbar de 48 h de evolución y edemas, presentando en urgencias cuadro sincopal, sudoración profusa y cianosis. Es diagnosticado mediante angioTC de aneurisma de aorta abdominal infrarenal de 6,5 cm de diámetro, con hematoma retroperitoneal fistulizado a cava inferior. Se decide realizar de forma urgente procedimiento quirúrgico abierto.

**Resultados:** Se procedió a la resección de aneurisma aorta abdominal de aspecto inflamatorio y a la sutura continua del orificio fistuloso de 2,5-3 cm desde el interior del saco aneurismático e interposición de injerto aorto bifemoral con prótesis de Dacron de 16 x 8 cm. En el postoperatorio inmediato el paciente evolucionó favorablemente.

**Conclusión:** La ruptura de un aneurisma de aorta abdominal hacia vena cava inferior es una complicación poco frecuente. Es importante el correcto diagnóstico preoperatorio. El control adecuado de la fístula debe hacerse por vía endoneurismática, aunque existen en la actualidad otras estrategias terapéuticas: reparación endovascular aorto-cava o tratamiento híbrido: implante de stent en vena cava inferior combinado con cirugía abierta para el tratamiento del aneurisma abdominal roto.

### P36. ANEURISMAS PEDIOS BILATERALES

N. Sanz Pastor, M. Ballesteros Pomar, R. Peña Cortés, G. Alonso Argüeso, J. Fletes Lacayo, E. Menéndez Sánchez y F. Vaquero Morillo

*Complejo Asistencial Universitario de León.*

**Introducción y objetivos:** Los aneurismas pedios constituyen una entidad extremadamente rara con un escaso número de casos publicados en la literatura, resultando aun más excepcionales los ateroescleróticos.

**Material y métodos:** Varón de 66 años con los antecedentes de HTA, hiperuricemia y cólicos nefríticos. Presenta tumoración dolorosa en dorso de pie derecho, en ausencia de traumatismo previo, con rápido crecimiento en los últimos meses, siendo diagnosticado de ganglión. Aunque se estabiliza su tamaño, el dolor persiste al cabo de 6 meses, por lo que es valorado por: cirugía general, que solicita ecografía emitiéndose el diagnóstico de posible falso aneurisma. Un mes más tarde el paciente comienza con la misma sintomatología en el pie izquierdo, confirmándose el diagnóstico de aneurismas pedios bilaterales mediante angio-TAC. El paciente es enviado a consulta externa de cirugía vascular y el angio-TAC toraco-abdomino-pélvico y de miembros inferiores revela: ausencia de aneurismas asociados; aneurisma sacular pedio derecho, con trombo mural y diámetro 16 mm; aneurisma sacular pedio izquierdo, sin trombo y diámetro 6 mm. Se decide intervención quirúrgica con resección de aneurisma pedio derecho e injerto de vena en término-terminal y resección de aneurisma pedio izquierdo y anastomosis arterial en término-terminal.

**Resultados:** Pulsos pedios positivos bilaterales a los 9 meses. Angio-TC control a los 6 meses sin alteraciones

**Conclusión:** Actualmente existen publicados 15 casos de aneurismas pedios ateroescleróticos. La presencia de dolor, como signo de alerta de riesgo de rotura, así como la posibilidad de trombosis o embolización, aconseja su reparación quirúrgica.

### PO2. ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL EN PRESENCIA DE RIÑÓN PÉLVICO EN HERRADURA. A PROPÓSITO DE UN CASO

B. Castejón Navarro, M. Martín González, C. Gómez Olmos, A. Reyes Valdivia, J. Ocaña Guaita, C. Gandarias Zúñiga y C. Cuesta Gimeno

*Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.*

**Introducción y objetivos:** Las anomalías renales suponen un problema técnico en cirugía aórtica. Distinguimos 2 grupos: las ectopias, y el riñón en herradura. Presentamos un caso de aneurisma de aorta abdominal (AAA) con ambas anomalías.

**Material y métodos:** A propósito de un caso, realizamos una revisión bibliográfica, empleando PubMed y Uptodate, centrada en revisiones previas y series relacionadas con la intervención de AAA y riñón en herradura y/o pélvico.

**Resultados:** Varón, 66 años, hipertenso, exfumador, con riñón pélvico en herradura. En seguimiento desde 2006 por AAA de 3,5 cm, que en los últimos 6 meses crece hasta los 5,5 cm, aconsejándose cirugía. Diagnóstico mediante angio-TAC, apreciando masa renal en posición pélvica, anterior a Iliacas comunes, que recibe ramas de aorta terminal y ambas Iliacas comunes. Se completa estudio con angiografía. Procedimiento: abordaje anterior transperitoneal. Realizamos by-ass axilo-iliaco derecho transitorio durante el clampado aórtico. La aorta se clampa distal a la arteria mesentérica superior y proximal a la carina, respetando las arterias que nutren al riñón. Finalmente, bypass aorto-aórtico con prótesis de GoreTex de 18 mm. Postoperatorio: mantiene función renal normal. Presentó neumonía nosocomial y atelectasias en L.I.D y L.M.D, shock séptico por *Proteus mirabilis* y traqueostomía reglada. Superado esto, evolucionó satisfactoriamente.

**Conclusión:** Se prefiere la vía retroperitoneal para intervenir AAA con riñón en herradura. Dada la situación pélvica, optamos por la vía anterior, permitiéndonos acceso al aneurisma y a la Iliaca derecha, donde realizamos un bypass extraanatómico desde la axilar, manteniendo irrigado el riñón durante el clampaje. Este caso combina el problema del abordaje quirúrgico que ocasiona un riñón en herradura, y la vascularización anómala del riñón pélvico que se respeta para evitar su isquemia durante la cirugía y el fallo renal posterior. Son anomalías muy infrecuentes. Sólo hay un precedente similar en la literatura, lo que incrementa su interés.

### P101. MALFORMACIÓN VASCULAR DEPENDIENTE DE ARTERIA ISQUIÁTICA

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

*Hospital General de Castellón.*

**Introducción y objetivos:** Durante el desarrollo embriológico la arteria isquiática es la responsable del aporte arterial del miembro inferior. Cuando la arteria femoral superficial se desarrolla involucre a la arteria isquiática. La presencia de arteria isquiática persistente asocia complicaciones aneurismáticas, malformaciones arteriovenosas, rotura por degeneración, etc... Su incidencia está estimada en un 0,025-0,04%. Presentamos un raro caso de malformación arteriovenosa dependiente de arteria isquiática finalizando en un gran tumor vascular de 6 cm de diámetro a nivel del hueso poplíteo en combinación con un aneurisma poplíteo verdadero.

**Material y métodos:** Mujer de 68 años sin antecedentes de interés. Es remitida a consulta de cirugía vascular tras estudio en hospital de origen con angioTAC que informa: "extensa malformación arteriovenosa que se extiende por vertiente posterior de glúteo y muslo derecho, con múltiples áreas de calcificación finalizando en gran pseudoaneurisma a nivel de hueso poplíteo proximal con conexión con AFS. Se aprecia aneurisma poplíteo de 3 cm de diámetro." A la exploración física nos encontramos una gran masa en muslo derecho, medial, profunda, no pulsátil, simulando un posible aneurisma gigante de femoral superficial. Pulsos arteriales conservados. Tras descartar origen neoplásico del cuadro y con el diagnóstico de aneurisma poplíteo + malformación vascular se procede a reparación electiva realizando exéresis de masa arterial de 6 cm de diámetro + exclusión de aneurisma poplíteo + bypass de AFS a tercera poplíteo con VSI invertida.

**Resultados:** Estudio anatomopatológico de la pieza negativo para células tumorales malignas. Tras 12 meses de seguimiento bypass permeable y ausencia de recidiva de masa vascular.

**Conclusión:** Numerosas son las referencias en la literatura de complicaciones asociadas a este vaso aberrante. Su presencia asocia alteraciones del eje de la femoral superficial: ausencia, hipoplasia y degeneraciones de la misma. Diversas modalidades terapéuticas se han descrito.

### P09. LESIÓN RADIONECRÓTICA A NIVEL DE LA ARTERIA INNOMINADA

V. Gastambide Norbis, N. Cenizo Revuelta, M. Martín Pedrosa,  
V. Gutiérrez Alonso, J. González Fajardo, B. Merino Díaz  
y C. Vaquero Puerta

*Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

**Introducción y objetivos:** Las lesiones radionecróticas a nivel de los troncos supra-aórticos (TSA) son extremadamente raras. Su tratamiento, debido a la dificultad de acceso quirúrgico, la gran fibrosis producida por la radiación y la proximidad de importantes estructuras vasculo-nerviosas susceptibles de ser lesionadas, supone un reto para el cirujano vascular. Presentamos un caso de lesión radioterápica de la arteria innominada con sangrado agudo y alto riesgo quirúrgico, que fue tratado satisfactoriamente mediante colocación de endoprótesis.

**Material y métodos:** Se trata de una paciente que acude a urgencias por presentar un sangrado activo por radionecrosis a nivel de hemitórax izquierdo después de mastectomía y radioterapia para el tratamiento de cáncer de mama años antes; la arteriografía intraoperatoria realizada por punción femoral muestra la existencia de un pseudoaneurisma en el origen del tronco braquiocefálico. Mediante abordaje quirúrgico de carótida común derecha se colocó una endoprótesis Wallgraft (Boston Scientific) por vía retrógrada, logrando la exclusión del pseudoaneurisma y la estabilización hemodinámica de las pacientes. La oclusión del origen de la arteria

subclavia derecha fue bien tolerada y no presentó repercusión clínica posterior.

**Resultados:** La paciente permaneció asintomática, con remisión de la lesión en angio-TAC de control a los 6 meses de evolución. La radiodermatitis en región supraclavicular fue tratada mediante colgajo por parte del servicio de cirugía plástica

**Conclusión:** Aunque las lesiones vasculares actínicas suelen ser esteno-oclusivas, se presenta un caso excepcional de pseudoaneurisma por radionecrosis de los TSA. Las técnicas endovasculares, en comparación con la cirugía convencional, permiten un rápido diagnóstico y tratamiento de este tipo de lesiones, mejorando la morbilidad asociada al tratamiento quirúrgico y logrando el manejo óptimo del paciente en una situación vital crítica. La evolución a largo plazo, sin embargo, depende de la progresión de la enfermedad y de sus complicaciones clínicas.

### P48. HEMATURIA RECIDIVANTE EN PACIENTE JOVEN

P. del Canto Peruyera, P. Calvín Álvarez, M. Botas Velasco,  
A. Álvarez Salgado, M. Vicente Santiago,  
M. Vallina-Victorero Vázquez y L. Álvarez Fernández

*Hospital de Cabueñes. Gijón.*

**Introducción y objetivos:** El síndrome de Cascanueces está causado por la compresión de la vena renal izquierda entre arteria mesentérica superior y aorta. Se trata de una rara entidad, con múltiples opciones de tratamiento, entre ellas la colocación de stent o la cirugía abierta. Se describe la resolución quirúrgica de un caso en nuestro Servicio.

**Material y métodos:** Mujer de 26 años que acude por varios episodios de dolor intenso en fosa renal izquierda y hematuria de dos meses de evolución. En la analítica se detecta proteinuria de 3 g. La ecografía renal fue normal y el urinocultivo negativo. Tras varios diagnósticos erróneos, en angio-TC abdominal se observa estenosis severa y dilatación preestenótica de vena renal izquierda por compresión extrínseca de la arteria mesentérica superior. Mediante abordaje transperitoneal se disecciona la vena renal izquierda y se secciona en su confluencia con la vena cava, realizándose nueva anastomosis a nivel distal.

**Resultados:** En el postoperatorio inmediato se resuelve la clínica de dolor y hematuria. Tras 6 meses de seguimiento la paciente permanece asintomática, con angio-TC de control sin imágenes de compresión de vena renal izquierda.

**Conclusión:** La transposición distal de vena renal izquierda es un tratamiento efectivo en pacientes con síndrome de Cascanueces.

### P98. FORMA DE PRESENTACIÓN INFRECUENTE DEL SÍNDROME DEL MARTILLO HIPOTENAR

R. Láinez Rube, J. Bohórquez Sierra y A. Alvarado Bonilla

*Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.*

**Introducción y objetivos:** El síndrome del martillo hipotenar (SMH) es una entidad infrecuente, relacionada con traumatismos de repetición, que suele manifestarse clínicamente como fenómeno de Raynaud. Ocasionalmente se diagnostica por una masa hiperpulsátil en la palma de la mano.

**Material y métodos:** Varón de 76 años, carpintero y mecánico jubilado, que presenta una tumoración pulsátil palmar derecha de varios meses de evolución, con dolor y limitación funcional para sus actividades cotidianas. Exploración: pulsos conservados en ambos MMSS. Tumoración de 3 cm de diámetro en eminencia hipotenar derecha, elástica, pulsátil, sin frémito ni soplo. No alteraciones en la coloración ni temperatura de los dedos. Test de Allen: relleno adecuado a través de arteria cubital y enlentecido por la radial. Eco-Doppler: aneurisma de arteria cubital de 28 x 13 mm en eminencia hipotenar. AngioTAC: aneurisma fusiforme de arteria cubital distal de 3 x 2 cm con arcada palmar permeable.

**Resultados:** Se realizó resección del aneurisma cubital-palmar y sutura arterial directa término-terminal con monofilamento 6/0. Evolución postoperatoria sin complicaciones. Eco-Doppler de control: ejes distales y arcada palmar permeables, sin alteraciones en la anastomosis. Flujo conservado en arterias interdigitales.

**Conclusión:** Se presenta el caso por la inusual forma de presentación del SMH como tumoración pulsátil palmar. Este síndrome puede producir oclusión trombótica de la arteria cubital palmar por lesión intimal o dilatación aneurismática si se daña la capa media. Se optó por tratamiento quirúrgico en este caso por la sintomatología del paciente, la permeabilidad de la arcada palmar (predominio cubital) y el riesgo de embolización digital.

## 8.ª Sesión

Sábado, 2 de junio (13:00-14:00 h)

### P91. TRATAMIENTO CONSERVADOR COMO ALTERNATIVA ANTE INFECCIÓN DE PRÓTESIS VASCULAR. A PROPÓSITO DE 3 CASOS

L. Marchena Ros, A. Delgado Molinos, N. Sancho Gracia, J. Coghi Granados, L. Sarmiento Marasovic, A. Duato Jané y J. Azcona Elizalde

HCU Lozano Blesa. Zaragoza.

**Introducción y objetivos:** Clásicamente, ante una infección de prótesis vascular se debe establecer tratamiento antibiótico intravenoso y retirar el injerto, pero en determinadas situaciones el manejo conservador puede ser una actitud a seguir.

**Material y métodos:** Presentamos tres pacientes con enfermedad arterial periférica a los que se realizaron diferentes tipos de cirugía de revascularización de extremidades inferiores demostrando infección de prótesis vascular mediante clínica de sospecha y pruebas de imagen (TC y gammagrafía con leucocitos marcados). En los tres casos se estableció tratamiento antibiótico durante un gran periodo de tiempo. En dos de los casos existió infección de partes blandas asociada, que precisó desbridamiento local. El seguimiento se realizó a través de gammagrafía y TC de control.

**Resultados:** En las sucesivas revisiones los tres pacientes permanecieron hemodinámicamente estables, asociando disminución de los signos de infección en pruebas de imagen, además de permeabilidad y correcta funcionalidad de los injertos

**Conclusión:** La infección del injerto vascular se trata de una complicación muy grave cuyo manejo es motivo de controversia. La actitud conservadora con tratamiento antibiótico es una opción terapéutica efectiva, siempre que el paciente permanezca estable hemodinámicamente y la prótesis funcionante.

### P103. AORTITIS INFECCIOSA PRIMARIA COMPLICADA CON FÍSTULA AORTOENTÉRICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Martínez Monsalve, M. Cambroner Aroca, M. Zaplana Córdoba, O. Cosín Sales, A. Abdelkader Abu-Sneimeh, M. Landaluce Chaves y A. Masegosa Medina

Hospital General Universitario de Albacete.

**Introducción y objetivos:** Las fístulas aortoentéricas, inicialmente descritas por Cooper en 1822 son el resultado de una comunicación entre la aorta y una porción del tracto gastro-intestinal, habitualmente el duodeno retroperitoneal. El 73% de las FAEP se producen por aneurismas arterioescleróticos. Son muy raras las causadas por aorti-

tis infecciosas sin antecedente quirúrgico previo. En estas, la tríada clínica clásica solo está presentes en el 30% de los casos y la hemorragia centinela previa ("herald blood") hasta en un 60% de ellos.

**Material y métodos:** Presentamos el caso de un varón de 64 años, hipertenso, IRC. Durante el estudio de un síndrome prostático, se aprecia en TC abdominal un incidentaloma preaórtico informado como masa adherida a pared aórtica, la cual presenta calibre y aspecto normales. Habiendo permanecido 21 días asintomático, el paciente acude a urgencias por cuadro presincojal y rectorragia leve. Dos horas después, cuadro de rectorragia masiva y pérdida de conciencia. Tras una endoscopia urgente no significativa, se realiza laparotomía exploradora describiéndose masa preaórtica con sangrado abundante e incontrolable que requirió clampaje aórtico infrarrenal. Se identifica FAE de gran tamaño, procediéndose a ligadura aórtica, cierre duodenal directo y revascularización extraanatómica mediante bypass axilobifemoral.

**Resultados:** La evolución postoperatoria fue excelente, sin complicaciones asociadas. El cultivo de pared aórtica fue positivo para *Klebsiella pneumoniae*, *Enterococcus faecium* y *Actinomyces*, instaurándose antibioterapia específica intravenosa. Tras 29 días de ingreso, el paciente fue dado de alta permaneciendo asintomático hasta el día de hoy.

**Conclusión:** Las FAE primarias constituyen una patología excepcionalmente rara y constituye una emergencia vital. El diagnóstico se fundamenta en pruebas de imagen, principalmente endoscopia y TC abdominal. El tratamiento quirúrgico presenta una elevada mortalidad (18-93%) debido a la mala condición previa de los pacientes y a las complicaciones intra y posquirúrgicas, pero la mortalidad es del 100% si no se realiza un tratamiento precoz. Una alternativa a la cirugía es el tratamiento endovascular mediante colocación de endoprótesis para excluir la comunicación, así como embolización de la fístula mediante coils o material de embolización en espera de una estabilización previa a la cirugía definitiva.

### P77. REPARACIÓN ENDOVASCULAR DE FÍSTULAS AORTOENTÉRICAS PRIMARIAS: SERIE DE CASOS

P. Fernández Díaz-Villabella, A. Zanabili Al-Sibbai, F. Álvarez Marcos, M. González Gay, A. Valle González, J. Carreño Morrondo y J. Gutiérrez Julián

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

**Introducción y objetivos:** La fístula aortoentérica primaria (FAO) es una patología poco frecuente, pero grave por su alta morbimortalidad. Presentamos la serie de FAO tratadas de manera endovascular en nuestro centro.

**Material y métodos:** Revisión de base de datos de procedimientos aórticos mantenida de forma prospectiva.

**Resultados:** Entre el año 2003 y la actualidad se realizaron 4 reparaciones endovasculares de FAO. La edad media de los pacientes fue de 68,7 años (rango 58-77 años). Dos de los pacientes presentaban procesos tumorales activos, uno hepático y otro de colon con cirugía abdominal reciente. Tres de los pacientes presentaban aneurismas de aorta abdominal de un diámetro medio de 6,6 cm (rango 7,5-8 cm) y uno de ellos de arteria iliaca de 7,5 cm. Todos los casos debutaron con hemorragia digestiva (3 baja, 1 alta), acompañada de shock hipovolémico en dos pacientes. El tratamiento consistió en la colocación de una endoprótesis Talent® aorto-monoiliaco más bypass F-F en 3 casos y de un Viabahn® en uno, con tratamiento antibiótico indefinido. En todos los casos se consiguió el sellado de la fístula y control de sangrado. La mortalidad perioperatoria fue del 25% debido a fallo multiorgánico. Uno de los casos exigió retirada del bypass fémoro-femoral por infección protésica con amputación supracondílea del miembro inferior derecho. Dos pacientes fallecen por sepsis secundaria a la infección protésica, uno a los 5 meses y otro a los 5 años y 4 meses. Uno de los pacientes continúa con vida a los 6 meses de la intervención.

**Conclusión:** El tratamiento endovascular de las FAO es una alternativa a la cirugía convencional como tratamiento definitivo o como técnica “puente” para realizar reparación abierta posterior, especialmente en los pacientes de alto riesgo quirúrgico o situación de shock.

### P99. RESOLUCIÓN ENDOVASCULAR EXITOSA DE VARICES VULVARES Y DOLOR PÉLVICO CRÓNICO EN MUJER JOVEN: A PROPÓSITO DE UN CASO

F. Diéguez Rascón, F. Moreno Machuca, J. López Lafuente, G. Núñez de Arenas Baeza, A. García León, J. Haurie Girelli y J. González Herráez

*Hospital Universitario Valme. Sevilla.*

**Introducción y objetivos:** El síndrome de congestión pélvica es una enfermedad frecuentemente mal diagnosticada y poco conocida que afecta hasta un 10% de las mujeres en edad fértil. No se conoce bien su origen y se caracteriza por la presencia de varices del sistema venoso pélvico (ováricas, hipogástricas y/o pudendas), varices vulvares, dolor y pesadez pélvica, dispareunia, dismenorrea e incluso irritabilidad vesical. Presentamos la resolución endovascular de un caso de dolor pélvico crónico asociado a varices vulvares severas en mujer joven.

**Material y métodos:** Mujer de 34 años, G2C2, remitida a nuestra unidad por cuadro de dolor pélvico crónico, dismenorrea y dispareunia, asociado a varices vulvares severas, presentes desde la primera gestación, con cambios tróficos. Se realizó flebografía pélvica con acceso femoral derecho, bajo control fluoroscópico introducción de guía y catéter 5F Multipurpose, cateterización selectiva de venas ováricas e hipogástricas y tras realización de maniobra de Valsalva, identificación de vena ovárica izquierda insuficiente con ramas varicosas vulvares dependientes de la misma. Embolización completa del eje ovárico izquierdo con coils de 15 y 12 mm, con buen resultado angiográfico.

**Resultados:** Sin complicaciones asociadas al procedimiento endovascular, la paciente presentó mejoría clínica subjetiva (dolor y pesadez pélvica, dispareunia y dismenorrea) así como resolución completa del cuadro vulvar a los 2 meses del procedimiento. En la revisión a los 6 meses la paciente se encuentra asintomática.

**Conclusión:** A pesar de ser un caso clínico, la embolización selectiva de venas insuficientes pélvicas nos aporta resultados satisfactorios en términos de mejoría clínica de la sintomatología: reducción de dolor pélvico, pesadez y dispareunia. En la actualidad, el tratamiento endovascular del síndrome congestivo pélvico puede ser una opción terapéutica válida por ser un acto poco invasivo, con escasa morbilidad y complicaciones, y que cuando se presentan son de características menores.

### P03. REPARACIÓN ENDOVASCULAR DE ROTURA DE ARTERIA AXILAR TRAS LUXACIÓN ANTERIOR DE HOMBRO. CASO CLÍNICO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

A. Zanabali Al-sibbai, A. Ortigosa Mateo, E. Adeba Vallina, F. Vega García, L. Cambor Santervás, A. Menéndez Pérez y J. Gutiérrez Julián

*Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

**Introducción y objetivos:** La asociación de lesión de arteria axilar en luxaciones de hombro sin fractura ósea es muy rara. El tratamiento clásico consiste en la corrección de la lesión mediante cierre directo, parche o bypass. En los últimos años se han descrito casos de tratamiento endovascular de traumatismos de arteria axilar por luxación glenohumeral.

**Material y métodos:** Se presenta el caso de una mujer de 70 años que presentó rotura parcial de la arteria axilar derecha tras luxación anterior de hombro y se trató mediante la colocación de stent recubierto. Se revisan todos los casos descritos en la literatura inglesa de tratamiento endovascular de traumatismos arteriales tras luxación glenohumeral.

**Resultados:** Mediante abordaje combinado femoral y humeral se implantó stent recubierto tipo Viabahn en rotura de arteria axilar, con posterior drenaje de hematoma en axila. La paciente presentó neuroapraxia autolimitada en las primeras 24 horas. A los 6 meses permanece asintomática con pulso radial. En la revisión bibliográfica se hallan otros 7 casos reparados de manera endovascular.

**Conclusión:** La corrección endovascular del traumatismo arterial es una técnica cada vez más descrita en la literatura y constituye una alternativa a tener en cuenta ya que evita muchas de las potenciales complicaciones de la cirugía abierta (tabla).

### P84. TRATAMIENTO MIXTO DE LA EMBOLIA MESENTÉRICA. A PROPOSITO DE UN CASO

N. Argilés Mattes, B. Gómez Moya, P. Fariñas Alija, E. Rollán Saint-Amand, J. Sepúlveda Grisales, C. Pantoja Peralta y V. Martín Paredero

*Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona.*

**Introducción y objetivos:** Presentamos un caso de embolia de arteria mesentérica superior (AMS) que precisó de un tratamiento conjunto de fibrinólisis y embolectomía.

**Material y métodos:** Paciente de 80 años que acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal con deposiciones líquidas y rectorragias. Ante la sospecha inicial de colitis isquémica se instaura un tratamiento médico conservador. Durante el ingreso presenta una evolución tórpida por lo que se realiza un TAC abdominal que muestra signos de isquemia en territorio de AMS con edema de asas de intestino delgado.

**Tabla** Resumen de las reparaciones endovasculares de lesiones de la arteria axilar asociadas a luxaciones de hombro en la literatura inglesa.

Autor	Año	Sexo/edad	Lesion arterial	Abordaje	Procedimiento	Seguimiento
Babatasi G.	1998	V/68	Pseudoaneurisma	Femoral	2 stent balon-expandible + coils	12 meses
Zanchetta M.	2002	M/83	Rotura arterial	Femoral	Stent recubierto balon-expandible	Muerte postoperatoria
Stahnke M.	2006	V/72	Pseudoaneurisma	Femoral	Stent recubierto autoexpandible + coils	6 meses
Fass G.	2008	V/46	Trombosis	Femoral	Stent autoexpandible	2 meses
Reid D.	2009	M/73	Avulsión de colateral	Humeral	Stent recubierto autoexpandible	
Zimmerman P.	2009	V/48	Rotura arterial	Femoral	Stent recubierto balon expandible	6 meses
Karkos CD.	2010	V/63	Rotura arterial	Humeral	Stent recubierto autoexpandible	2 semanas

**Resultados:** Se comenta el caso con nuestro servicio y decide realizarse una arteriografía, que muestra una imagen de oclusión aguda en tercio medio de AMS. Se decide realizar fibrinólisis durante 24 horas que es efectiva para repermeabilizar el lecho distal, pero no se consigue una buena lisis proximal, por lo que posteriormente se interviene de trombectomía de AMS con éxito.

**Conclusión:** La combinación del tratamiento endovascular y la cirugía abierta permitieron solucionar una patología de elevada mortalidad en una paciente de edad avanzada.

### P102. ISQUEMIA SUBAGUDA POR TROMBOSIS AÓRTICA TERMINAL RESUELTA CON TRATAMIENTO MÉDICO

D. Fernández García-Rovés, J. Hipola Ulecia, A. Osorio Ruiz y J. Fontcuberta García

*Hospital Zarzuela. Madrid.*

**Introducción y objetivos:** La isquemia subaguda es una entidad nosológica de límites imprecisos. Presentamos un caso atípico de dicha enfermedad, en el que la correcta interpretación de la clínica y pruebas complementarias evita una intervención que, finalmente, se demostraría innecesaria.

**Material y métodos:** Paciente de 72 años que presenta cuadro de frialdad y dolor en MI de horas de evolución, con oclusión iliofemoral en dicha extremidad. Antecedentes personales: miocardiopatía dilatada, IAM anterior antiguo, FA permanente y carcinoma renal intervenido. Aneurisma de aorta abdominal de 35 mm controlado en consulta. Recibe tratamiento crónico anticoagulante, modificado en las últimas semanas (Pradaxa en lugar de Sintrom). Dados sus antecedentes se solicita angioTC urgente que evidencia trombosis aórtica terminal con oclusión completa de eje iliaco izdo. El pie permanece compensado con movilidad y sensibilidad conservadas. Teniendo en cuenta los hallazgos de la TC y la estabilidad clínica, se programa cirugía preferente (bypass axilobifemoral), pautando mientras tanto tratamiento antiagregante con HBPM.

**Resultados:** A las 48 horas, cuando está prevista la cirugía revascularizadora de MMII, se reevalúa al paciente que ha recuperado el pulso femoral izquierdo. En arteriografía se observa la repermeabilización completa del eje iliaco, y mediante angioTC se confirma la desaparición del trombo aorto-iliaco. Clínicamente el paciente experimenta una mejoría notable. A la luz de estos hallazgos se suspende la cirugía prevista.

**Conclusión:** Los casos de isquemia subaguda deben evaluarse de manera individualizada dada la, en ocasiones, incierta evolución de dicha enfermedad. Aunque al tratarse de un caso aislado no podemos inferir ninguna conclusión, creemos que el tratamiento con Pradaxa puede ser causa del episodio trombótico.

### P39. PSEUDOANEURISMA DE ARTERIA FEMORAL TRAS PUNCIÓN EN ADICTOS A DROGAS POR VÍA PARENTERAL

E. Bordes Galván y S. de Varona Frolov

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

**Introducción y objetivos:** Se describe el caso de una mujer, de 51 años, ADVP, con masa pulsátil y dolorosa en región femoral izquierda, tras la inyección intraarterial de droga.

**Material y métodos:** Ante la sospecha de pseudoaneurisma de arteria femoral, se realizó eco-Doppler de miembro inferior izquierdo y TAC de abdomen y partes blandas, objetivándose un pseudoaneurisma de arteria femoral profunda de 4 cm, rodeado por un absceso que se extendía desde el retroperitoneo izquierdo y pelvis extraperitoneal cranealmente, hasta el compartimento posterior de la pierna a nivel distal. Presentaba, además, una trombosis venosa profunda de dicha extremidad.

**Resultados:** Ante estos hallazgos se realizó, de forma urgente, drenaje, desbridamiento y ligadura de arteria femoral común, desarro-

llando posteriormente isquemia del miembro que afectaba hasta mitad de muslo, por lo que requirió, finalmente, desarticulación de cadera izquierda.

**Conclusión:** Los pseudoaneurismas de arteria femoral constituyen una importante complicación en ADVP. Existen diversas formas de tratamiento, con un objetivo común: eliminar la sepsis y conseguir la viabilidad de la extremidad con la menor morbilidad posible. Sin embargo, esto no siempre es posible, estando documentado hasta un 33% de amputaciones cuando es necesario ligar la AFC.

### P25. PSEUDOANEURISMA TRAUMÁTICO DE LA ARTERIA TIBIAL ANTERIOR TRAS OSTEOSÍNTESIS TIBIAL

G. Inaraja Pérez, A. Recio Cabrero, C. Feijoo Cano, M. Herrando Medrano, A. Fernández-Aguilar Pastor, M. Parra Rina y M. Marco Luque

*Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.*

**Introducción y objetivos:** Se presenta el caso de un paciente de 36 años de edad intervenido de estrabismo y hernia inguinal. Como episodio reciente, se le había practicado una osteosíntesis de tibia y peroné en miembro inferior derecho por una fractura traumática 7 meses antes de ser valorado por nuestro servicio. Durante el seguimiento de dicha fractura se había objetivado edema y una tumoración en la cara anterior y proximal de la pierna derecha, junto con dificultad para la flexión dorsal del pie. El electromiograma mostraba afectación del nervio y músculos peroneos. En la radiografía de control, hecha 6 meses tras la intervención, se observaba un borramiento del tercio proximal de la diáfisis del peroné. Se realizó un angio-TAC de miembros inferiores para descartar la presencia de un pseudoaneurisma, que demostró la presencia del mismo, pero que no permitía localizar su origen (debido a los artefactos producidos por el material de osteosíntesis). Tras realizar una arteriografía selectiva el paciente fue diagnosticado de pseudoaneurisma traumático de la arteria tibial anterior. El paciente fue intervenido, practicándose ligadura de la arteria tibial anterior y evacuación del hematoma pulsátil. El postoperatorio cursó sin complicaciones, siendo dado de alta 5 días más tarde, con buena evolución y remisión del edema.

**Conclusión:** Se trata de una complicación poco frecuente en las fracturas de tibia, caracterizado por edema rebelde al tratamiento, y que precisa de una nueva intervención y que puede conllevar secuelas por el daño neurológico y muscular.

### P100. HEMORRAGIA MASIVA POSPARTO. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR

E. Rollán Saint-Amand, B. Gómez Moya, P. Fariñas Alija, N. Argilés Mattes, J. Sepúlveda Grisales, C. Pantoja Peralta y V. Martín Paredero

*Hospital Juan XXIII. Tarragona.*

**Introducción y objetivos:** Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento endovascular de una hemorragia masiva durante el puerperio inmediato.

**Material y métodos:** Paciente de 39 años de edad, tiroidectomizada hace 13 años por un carcinoma papilar de tiroides y en estudio de tumoración pélvica evidenciada por ecografía, que ingresa en labor de parto. Presenta hemorragia incoercible en el puerperio inmediato y gran hematoma retroperitoneal, con compromiso hemodinámico, que no cede con las técnicas gineco-obstétricas habituales. Se realiza arteriografía urgente en la que se evidencia punto de sangrado activo dependiente de rama distal de arteria cérvico-vaginal derecha, rama distal de arteria hipogástrica derecha. Se lleva a cabo embolización supraselectiva de rama sangrante y de lado contralateral por no poderse descartar conexión de rama contralateral. Se mantienen ramas glúteas permeables.

**Resultados:** En serie de comprobación se confirma ausencia de sangrado activo. La paciente se estabiliza clínicamente y tras una semana de ingreso para control hospitalario es dada de alta sin clínica acompañante.

**Conclusión:** La arteriografía con embolización de las arterias uterinas, pudendas internas, cérvico-vaginales y/o epigástricas inferiores, representa una alternativa terapéutica menos invasiva y con una menor morbimortalidad que la histerectomía y no compromete el futuro reproductivo de la paciente.

### **P88. BYPASS INFRAESCROTAL TRANSPERINEAL: UNA VÍA EXTRAANATÓMICA POCO FRECUENTE**

D. Fernández García-Rovés, A. Osorio Ruiz,  
J. Hípola Ulecia y J. Fontcuberta García

*Hospital Zarzuela. Madrid.*

**Introducción y objetivos:** Las infecciones protésicas representan un desafío en la cirugía vascular. Las vías extraanatómicas son un recurso para evitar el foco infeccioso.

**Material y métodos:** Varón de 73 años que acude a urgencias séptico, con un absceso en el muslo izdo. secundario a la infección de un injerto axilopoplíteo PTFE anillado de 8 mm. Dadas las múltiples intervenciones previas, la única posibilidad de revascularización es un bypass desde un injerto axilofemoral contralateral a la tibial posterior (TP) ipsilateral. Se utiliza para la derivación una prótesis de Dacron silver anillado 7 mm, tunelizado por vía transperineal, interponiendo un cuff de Miller en la anastomosis distal.

**Resultados:** Diez días después de la intervención el paciente es dado de alta con pulso TP positivo. Se anticoagula con Sintrom y se mantiene antibioterapia oral durante seis semanas. A los seis meses el paciente se encuentra asintomático.

**Conclusión:** En casos complejos, la vía infraescrotal transperineal debe ser considerada dadas sus bajas tasas de reinfección, su aceptable permeabilidad primaria y los buenos resultados en cuanto a salvación de la extremidad.

### **P33. SALVAMIENTO DE ACCESO VASCULAR HÚMERO-CEFÁLICO CON DERIVACIÓN CEFÁLICO-YUGULAR TELESCOPADA**

B. Soto Carricas, J. Dilmé Muñoz, L. Martínez Carnovale,  
S. Hmimina Bourarach, J. Fité Matamoros y J. Escudero Rodríguez

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

**Introducción y objetivos:** La fístula arteriovenosa húmero-cefálica (FAVHC) como acceso nativo hemodiálisis ha demostrado su beneficio frente a otros accesos como los que dependen del territorio basilíco o las fístulas heterólogas. Uno de los problemas que pueden presentar las FAVHC, son las estenosis venosas proximales que afectan al arco cefálico-subclavio (EACS). Actualmente, nuestra primera opción de tratamiento es la angioplastia transluminal percutánea (ATP) Nuestro objetivo es mostrar las derivaciones cefálico-yugulares (DCY), principalmente telescopadas, como técnica de recurso ante las reestenosis proximales refractarias a ATP.

**Material y métodos:** Presentamos una mujer y dos varones, edades entre 56-76 años, con FAVHC disfuncionante por EACS refractarias a múltiples ATP y/o reimplantación cefálico-subclavia. Realización de derivación PTFE anillado desde la vena cefálica arterializada brazo proximal, hasta vena yugular interna homolateral. Una anastomosis latero-terminal 6 mm y dos telescopadas 8 mm (introducción directa prótesis en vena yugular hasta VCS, sin sutura directa y con ligadura venosa externa apoyada en los anillos protésicos) con ligadura-sacrificio vena yugular cefálica.

**Resultados:** FAVHC útil para diálisis en 100% inmediatamente, con ausencia desconexiones distales. Permeabilidad clínica y ecográfica de 10, 28 y 36 meses sin clínica secundaria a reflujo o ligadura yugular. Necesidad de extensión proximal PTFE 1 caso, por hiperplasia anastomosis proximal a los 12 meses postintervención.

**Conclusión:** Las derivaciones cefálico-yugulares pueden ser una alternativa segura y eficaz para pacientes refractarios ATP FAVHC disfuncionantes por estenosis venosas arco cefálico-subclavio. La anastomosis telescopada puede reducir el riesgo de hiperplasia con buena permeabilidad y sin efectos adversos por sacrificio yugular.