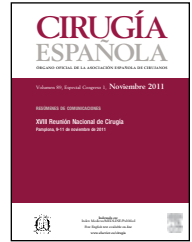




CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



XVIII Reunión Nacional de Cirugía

Pamplona, 9-11 de noviembre de 2011

ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR

PÓSTERS

P-286. RESECCIÓN DE CAVA INFRARRENAL POR SCHWANNOMA RETROPERITONEAL

M.J. Álvarez Martín, E. Corral Fernández, J. Martín Cano, R. Rodríguez, A. Paz Yáñez, J. Jorge Cerrudo, M. Segura Reyes, F. González Pérez, J. Avella, A. García Navarro y A. Ferrón Orihuela

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción: Los tumores retroperitoneales (0,3-0,8% de todas las neoplasias) se clasifican según el tejido del que se originan. El schwannoma constituye el 1-5% del total de estas neoplasias y deriva de las células de Schwann de los nervios periféricos; de estos solamente un 1,4% son malignos.

Objetivos: Presentar un caso de schwannoma retroperitoneal benigno que requirió extirpación de la vena cava infrarrenal para su exéresis completa.

Material y métodos: Mujer de 83 años, antecedentes personales de HTA, DMII. Consulta por tocarse tumoración en flanco derecho, refería además historia de infecciones urinarias de repetición así como astenia en los últimos dos meses. TAC abdominal: riñón derecho aumentado de tamaño con dilatación quística de cálices y pelvis renal, escaso parénquima renal compatible con cuadro obstructivo de larga evolución y anulación funcional del mismo. Anterior e inferior al mismo, se observa una gran masa retroperitoneal de 15 × 14 × 15 cm fundamentalmente quística, de paredes engrosadas con componente sólido. Probablemente de origen retroperitoneal, desplazando anterior y medialmente los vasos del íleo renal, vena cava y asas intestinales. Con el diagnóstico de tumor retroperitoneal se interviene, evidenciando dicha tumoración que desplaza anteriormente al colon derecho y duodeno, al cual está firmemente adherido, y a cabeza de páncreas. En íntima relación con la pared posterior de la vena cava inferior, desde la salida de las renales hasta la bifurcación de las iliacas. Se consigue separar del paquete duodenopancreático así como del colon, pero no de la cava por la ausencia de plano de clivaje, por lo cual se realiza su extirpación en bloque junto con la cava infrarrenal y colocación posterior de prótesis de Goretex como sustituto de la vena. Nefrectomía. Anatomía pa-

tológica: formación quística (17 × 16,5 × 12 cm), de contenido líquido-serohemorrágico y pared irregular con áreas hemorrágicas y espesor máximo de 1 cm. Microscopia: schwannoma con extensas áreas de cambios degenerativos (necrosis y hemorragia). Pieza de nefrectomía con hidronefrosis y cambios de tipo nefroangioescleróticos.

Resultados: El postoperatorio evolucionó favorablemente. Ecografía Doppler Abdominal postquirúrgico en la que se observó la prótesis de cava permeable sin material en su interior. Vena renal izquierda permeable. Actualmente la paciente continúa asintomática y anticoagulada con heparina sódica para mantener un INR entre 2-3. Tras presentar el caso en Comité Oncológico se decidió seguimiento.

Conclusiones: Debido a que estos tumores son más frecuentemente asintomáticos o de clínica inespecífica, es difícil su diagnóstico preoperatorio. El estudio patológico de la pieza quirúrgica es el que suele dar el diagnóstico; la positividad inmunohistoquímica a la proteína S-100 y a la vimentina son indispensables para su diagnóstico diferencial definitivo. El tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica con márgenes amplios, no estando descritos casos de malignización ni de metástasis a distancia pero si la existencia de recurrencia a nivel local probablemente secundaria a resección incompleta. La quimioterapia y radioterapia, no han demostrado ningún papel en su tratamiento. Por ello y siempre que sea necesario, es factible la extirpación en bloque de estos tumores con la cava inferior infrarrenal para evitar la recidiva local de los mismos.

P-287. RESECCIÓN TOTAL DE VENA CAVA EN UN PACIENTE CON LEIOMIOSARCOMA DE CAVA Y CIRCULACIÓN COLATERAL ACCESORIA

B. Manso, E. York, C. García-Vázquez, M. Fraile, D. Cortés, S. González, C. Pastor y A. Celdrán

Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Objetivos: Los sarcomas retroperitoneales son tumores malignos muy poco frecuentes; solamente un 2% son de origen vascular. La resección oncológica con bordes libres es el único tratamiento eficaz para este tipo de tumores.

Material y métodos: Se presenta el caso clínico de una mujer de 47 años consultó por dolor abdominal en fosa renal derecha. Tras realización de pruebas de imagen (Ecografía, TAC y RNM) se detectó una lesión retroperitoneal (30 × 32 × 43 mm) localizada entre vena cava inferior (VCI) y crura diafragmática derecha, en contacto con el lóbulo caudado y glándula suprarrenal

Resultados: Con esta información se decidió operar a la paciente, realizándose una escisión de la tumoración, que afectaba a un segmento de la pared de la VCI. El estudio anatomopatológico demostró que se trataba de un leiomiomasarcoma vascular de alto grado con márgenes de resección afectos. Durante el postoperatorio la paciente presentó trombosis secundaria de la VCI, vena renal derecha, y anulación del riñón derecho. 2 meses después, se realizó cavografía de control de la cirugía en la que se observó el desarrollo de una intensa circulación colateral desde venas ilíacas y cava infrarrenal y la vena renal derecha hacia el sistema álgicos. Por este motivo se planteó una reintervención con el objeto de ampliar los márgenes quirúrgicos. En dicha intervención se realizó resección de la VCI desde 2 cm. por debajo de las venas suprahepáticas hasta la cava infrarrenal, incluyendo la totalidad de la vena renal derecha, y un segmento de la vena renal izquierda, respetando la circulación colateral originada desde el riñón izquierdo. Se comprobó intraoperatoriamente que los márgenes de resección estaban libres. El postoperatorio curso con normalidad. La paciente ha recibido tratamiento adyuvante con radioterapia.

Conclusiones: La resección completa de un segmento de vena cava para tratar leiomiomasarcomas vasculares, obteniendo márgenes de resección libres, es una opción válida en aquellos casos en los que se ha desarrollado circulación colateral.

P-288. PSEUDOANEURISMA DE ARTERIA HEPÁTICA DERECHA TRAS COLECISTECTOMÍA

C. Martín Jiménez, E. Cáceres Fábregas, M. Ruiz Juliá, F. de Abajo Miranda, P. Sevilla Molina y A. Galindo Galindo

Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Valme, Sevilla.

Introducción: El pseudoaneurisma de la arteria hepática es una complicación infrecuente. Clásicamente, la cirugía era la única opción terapéutica en estos pacientes con una alta tasa de fracaso y morbimortalidad. Actualmente, el tratamiento de elección se realiza mediante abordaje endovascular.

Caso clínico: Varón de 82 años que acude a urgencias por presentar dolor abdominal de 1 semana de evolución, acompañado de malestar general y diarrea, refiere episodios similares previos autolimitados. Como antecedentes personales diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica, fibrilación auricular paroxística, anemia ferropénica, esclerodermia, hipotiroidismo primario, síndrome prostático, síndrome depresivo, no intervenciones quirúrgicas previas. A la exploración afectación del estado general, consciente y orientado. Palidez mucocutánea. Subictericia conjuntival. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación a nivel de hipocondrio derecho, con signos de irritación peritoneal a dicho nivel, donde se palpa masa. Analítica al ingreso leucocitos 10.100 con 88,9% neutrófilos, Hb 7,4 g/dl, glucosa 141, urea 184, creatinina 4,34, PCR 137,1, estudio de coagulación dentro de la normalidad. Se realiza ecografía abdominal donde se objetiva colecistitis aguda litiasica complicada con absceso perivascular de 3 cm, vía biliar no dilatada. Se procede a intervención quirúrgica urgente, con hallazgos de colecistitis aguda gangrenosa con empiema vesicular, realizándose colecistectomía y drenaje, con colocación de apósito hemostático de fibrinógeno y trombina, por sangrado difuso del lecho hepático. La evolución en el postoperatorio inmediato es favorable, al 8º día postoperatorio se objetiva anemización, con cifras de Hb 6,7 g/dl. Por lo que se realiza TAC abdomen observando colección en lecho hepático de 16 x 8 cm. Dada la situación estable del paciente se decide actitud expectante. En el 15º día postoperatorio se indica TAC abdomen de control, que se informa como colección subhepática de características similares a la previa con imagen compatible con pseudoaneurisma de 5 cm dependiente de rama de arteria hepática derecha. Se pide

la colaboración de Cirugía Vascular que procede a la colocación de stent hepático (PTFE) 3,5 x 16 mm, vía femoral con solución sin extravasación del contraste. Se realiza drenaje de la colección por punción percutánea guiada por TAC. Se repite TAC de control objetivando aumento de colección hepática y persistencia del pseudoaneurisma, se decide en sesión clínica realizar de nuevo arteriografía y angioplastia de stent, con resultado favorable y la resolución del pseudoaneurisma. El paciente es dado de alta con buen estado general, estable hemodinámicamente, con seguimiento en Consultas Externas.

Discusión: La evolución del pseudoaneurisma es su crecimiento y ruptura (21-80%) con cifras elevadas de morbimortalidad (40%) por lo que su diagnóstico conlleva la indicación quirúrgica. En la patogenia se implica una lesión directa por instrumental quirúrgico o indirecta en relación con colecistitis aguda o una fuga biliar, ya que esta produciría una lesión en la pared vascular debido a su citotoxicidad. El diagnóstico se establece mediante la realización de una endoscopia digestiva, TC abdominal y arteriografía. El tratamiento de elección se realiza mediante exclusión con abordaje endovascular, quedando la cirugía indicada para los casos de fracaso terapéutico o desarrollo de complicaciones.

P-289. ANEURISMA MICÓTICO AÓRTICO COMPLICADO ASOCIADO A EMPIEMA PULMONAR EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO

E. Colmenarejo García, E. Martín Pérez, J.L. Martín Álvarez, D. Tejedor Segura, J.L. Muñoz de Nova, A. Rodríguez Sánchez, J. Gómez Ramírez, S. Salido Fernández, M.M. Naranjo Lozano, M. Posada González y E. Larrañaga Barrera

Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Introducción: Los aneurismas aórticos de localización toracoabdominal son raros pero dada su especial extensión, suponen un gran reto para el cirujano vascular, pues las técnicas habituales utilizadas en los de localización abdominal infrarrenal (como la revascularización extraanatómica o la utilización de arterias criopreservadas), no son válidas para la reconstrucción asociada a revascularización de los troncos viscerales. Presentamos el caso de un paciente con un aneurisma micótico en aorta abdominal entre dos troncos viscerales donde la cirugía no era la técnica de elección dada su patología de base.

Caso clínico: Paciente varón de 73 años, con antecedentes personales de púrpura IgA e IgG en tratamiento con corticoides y azatioprina, fibrilación auricular en tratamiento con Sintrom y ampoloma tratado mediante la realización de una duodenopancreatocistomía céfala un año antes. Acude al Servicio de Urgencias por cuadro de hemoptisis de 4 días de evolución y 3 episodios de tiritona y fiebre, además de molestias constantes a nivel de hipocondrio derecho e irradiado a espalda desde la intervención. En la tomografía computarizada (TC) abdominal realizada 4 meses antes, no se observaron alteraciones significativas. En la exploración física, destaca el aspecto caquético del enfermo y un abdomen levemente doloroso en hipocondrio derecho. Se realiza una fibrobroncoscopia, donde únicamente se observan restos hemáticos en tercio inferior de la tráquea, carina principal y base derecha, sin identificar un punto de sangrado activo, y una TC abdominal donde se aprecia la aparición de un voluminoso aneurisma micótico de aorta en transición toracoabdominal entre la salida del tronco celíaco y de la arteria mesentérica superior, con posible extensión transfrénica a la cavidad pleural derecha donde se aprecia moderado derrame, compatible con empiema. Se consulta el caso con el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular que desestima la cirugía debido a su comorbilidad y a la inmunosupresión secundaria al trata-

miento de su pánfago. El Servicio de Radiología Vascul, por su parte, descartó la colocación de una endoprótesis basándose en criterios anatómicos, optándose por embolizar con trombina percutáneamente, mediante una punción translumbar bajo control ecográfico, para de esta manera poder delimitar el aneurisma, conteniéndose éste y cediendo la hemoptisis. Ocho meses después, el paciente continúa estable y sin clínica derivada del aneurisma micótico.

Discusión: En nuestro caso, la embolización percutánea con trombina mediante punción translumbar guiada con ecografía ha sido realmente efectiva para controlar los síntomas y contener el aneurisma, debido a que la cirugía no estaba indicada por la localización del aneurisma y, principalmente, por el estado general del paciente. Aunque el único tratamiento eficaz para este tipo de patología es la resección quirúrgica completa del segmento de la aorta afecto por la infección, en casos como éste, la trombina administrada percutáneamente sobre la superficie externa de la aorta puede ser un tratamiento paliativo muy eficaz.

P-290. ÚLCERA DE MARJOLIN. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

M. Colomina Pascual, L. Cipagauta Bazurlo, T. Belda Ibáñez, M. Martínez Borrás, M. Ortín Navarro, N. Pérez Climent, V. Giner Galvañ y C. Serra Díaz

Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy.

Introducción: La úlcera de Marjolin es un tumor maligno cutáneo raro y agresivo que se desarrolla sobre piel traumatizada o con inflamación crónica, especialmente en pacientes con antecedentes de quemaduras. Es importante realizar un diagnóstico y tratamiento precoces puesto que la única terapia curativa es la exéresis completa con márgenes libres.

Casos clínicos: Caso 1: varón de 65 años de edad, fumador de unos 75 años/paquete. Diagnosticado de lepra lepromatosa con 18 años, había requerido amputación de varios dedos de las cuatro extremidades y punta de nariz. En control por el Sanatorio de Fontilles, con baciloscopia negativa desde hacía años. Presenta mala evolución de una úlcera plantar del pie derecho que el paciente relaciona con traumatismo por clavo un año antes, fue remitido a la Unidad de Úlceras de nuestro Departamento que trata inicialmente con curas tópicas. Dada la gran proliferación y ulceración se remite a Consultas Externas de Cirugía General. A la exploración destacaba una úlcera ocupante de 3/4 partes de la planta del pie derecho de aproximadamente 12 x 15 cm desde la inserción de los dedos hasta prácticamente el talón, maloliente y con algún punto doloroso a nivel de cabeza de metatarsos, de bordes irregulares, atónicos, hipocrómicos, con abundante tejido de granulación de crecimiento irregular y excrecente y áreas de necrosis, pulsos distales palpables con índice tobillo/brazo conservado. La analítica general y estudio radiológico fueron normales. Cultivos negativos. Dadas las características atípicas de la úlcera y su rápido crecimiento, se practicó toma biopsica, que evidenció un carcinoma epidermoide infiltrante bien diferenciado T2N0M0. Caso 2: varón de 59 años, sin antecedentes de interés salvo hábito etílico moderado, fumador de 60 años/paquete. Múltiples quemaduras en ambos brazos y tórax en la infancia. En el año 97 se realizó exéresis de una ulceración de 5cm en cara dorsal de antebrazo izquierdo con injerto. AP: hiperplasia pseudoepiteliomatosa y focos de epiteloma espinocelular. En 2005 es remitido a cirugía por presentar 2 nuevos focos de 4,5 y 2 cm, realizando nueva exéresis-injerto con resultado anatomopatológico de carcinoma epidermoide con bordes quirúrgicos libres. En 2010 presenta nueva recidiva, con biopsia positiva para carcinoma epidermoide. Se remite a radioterapia para irradiación del volumen tumo-

ral. Tras finalizarla presenta disminución del tamaño de la úlcera, sin embargo a los 2 meses presenta tumoración axilar izquierda de 5,5 cm, acompañado de astenia y anorexia. PAAF positiva para carcinoma escamoso.

Discusión: El termino úlcera de Marjolin abarca un rango de neoplasias malignas de la piel que resultan de un proceso degenerativo localizado, tal como una cicatriz de quemadura o una úlcera crónica. La accesibilidad de la lesión permite un diagnóstico y tratamiento temprano, que inicialmente debe ser agresivo consistiendo en la escisión seguido de radioterapia. En casos avanzados las neoplasias se transforman en invasivas con un pronóstico grave y tratamientos mucho más agresivos. Por tal motivo es fundamental sospechar esta entidad en toda úlcera de larga evolución con mala respuesta al tratamiento y está indicado en todos los casos de sospecha realizar una biopsia.

P-291. TROMBOSIS DEL EJE ESPLENOPORTAL

A. Vílchez, J. Jorge Cerrudo, A. Mansilla, A. García, T. Torres, M. Carrasco y J.A. Ferrón

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción: La enfermedad trombogénica de la vena porta es responsable de un 5-10% de los casos de isquemias mesentéricas agudas. Dentro de los estados de hipercoagulabilidad más frecuentes responsables de este tipo de trombosis encontramos alteraciones en el gen del factor V de Leiden, mutación en el gen de la protrombina, déficit o resistencia de proteína C y S, anti-trombina III o alteraciones en el factor XII. El uso del TAC o la ecografía-Doppler son las exploraciones de elección ante la sospecha de esta enfermedad, procurando el diagnóstico en más del 90% de los casos. Presentamos 2 casos de patología trombótica en el eje esplenoportal.

Pacientes y métodos: Analizamos retrospectivamente dos casos de trombosis del eje esplenoportal. Describimos su forma de presentación y manifestaciones clínicas, métodos diagnósticos, posibilidades terapéuticas, evolución y diagnóstico etiológico final.

Resultados: Caso 1: varón de 44 años con dolor abdominal en flanco derecho de 1 semana de evolución. En la analítica sólo destacó una PCR de 15. La ecografía abdominal visualizó un trombo que causaba una estenosis parcial en vena porta y un engrosamiento en ileon. Tras un tratamiento inicial con heparina de bajo peso molecular y antiagregación, tuvo una evolución tórpida. Ante el empeoramiento del estado clínico (dolor abdominal con signos de irritación peritoneal) se realizó TAC abdominal, evidenciando una trombosis completa de la vena porta y vena mesentérica superior hasta ramas distales, con signos de isquemia intestinal. Se indicó laparotomía urgente, accediendo a la vena porta a nivel del pedículo hepático, realizándose tromboectomía portomesentérica y resección segmentaria de 50 cm de yeyuno y 35 cm en íleon. Se cerró el abdomen con bolsa de Bogotá, procediendo al cierre definitivo del abdomen tras "second look" tras 48 horas, al evidenciarse una vascularización adecuada de todo el intestino. Evolución postoperatoria favorable, siendo dado de alta al quinto día. El estudio de coagulación especial mostró un déficit de antitrombina III. Caso 2: mujer de 43 años sin antecedentes de interés, que refiere cuadro de dolor abdominal de inicio brusco localizado en hipocondrio izquierdo, sin signos de irritación peritoneal. Se observó una leucocitosis moderada ($12,5 \times 10^3/\text{mm}^3$) en la analítica. El TAC abdominal informó de infarto esplénico por trombosis en vena y arteria esplénica. La paciente tuvo buena evolución inicial con tratamiento anticoagulante y antiagregante, pero presentó un incremento del dolor abdominal al tercer día. En el TAC de control evidenció una extensión del proceso trombótico hacia la porta y sus ramas, así como áreas de hipoperfusión hepática. Se produjo un

incremento moderado de las enzimas hepáticas (GPT 150 mU/ml, GOT 70 mU/ml), sin embargo, disminuyó paulatinamente la sintomatología. Tras la desaparición del dolor abdominal y normalización del perfil bioquímico hepático, se procedió al alta hospitalaria al día 25 de su ingreso. En el estudio de trombofilias se evidenciaron mutaciones en gen de la protrombina, del factor XII y MTHFR. Una ecografía a los 4 meses objetivo persistencia del trombo sólo en la rama izquierda de la porta. Ambos pacientes mantienen actualmente un tratamiento con acenocumarol y ácido acetilsalicílico.

Conclusiones: En nuestros casos, la trombosis del eje esplenoportal provocada por alteraciones de los factores de coagulación afecta a personas de mediana edad, se presenta con clínica de dolor abdominal inespecífico y su diagnóstico, seguimiento y evolución se puede realizar de manera fiable con TAC. El tratamiento anticoagulante debe realizarse precozmente, y en caso de no ser efectivo, la cirugía no debe demorarse a fin de evitar la progresión del fenómeno trombótico y las consecuencias irreversibles de la isquemia intestinal.

P-292. TROMBOSIS VENOSA EXTENSA DEL SENO SIGMOIDEO Y SENO TRANSVERSO RELACIONADA CON LA RETIRADA DE CATÉTER VENOSO CENTRAL COLOCADO POR VÍA YUGULAR INTERNA. UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE

H. Armagnague Mallada, D. Gambí Pisonero, A. Gasz, J.M. Santos Blanco y E. Sancho Calatrava

Hospital Santa Bárbara, Puertollano.

Introducción: La trombosis venosa cerebral es una patología muy rara, con una incidencia anual de 3 a 4 casos por millón que en general se asocia a procesos agudos. En aproximadamente la mitad de los casos, cualquiera que sea su etiología, pueden detectarse trastornos protrombóticos asociados. El método diagnóstico de elección es la resonancia magnética, si bien, en caso de urgencia, la tomografía computarizada puede orientar el diagnóstico en un tercio de los casos. Además del tratamiento sintomático, se acepta la anticoagulación como tratamiento de elección.

Objetivos: Presentamos el caso clínico de una mujer de 45 años de edad con trombosis venosa extensa del seno sigmoideo y seno transversal debido a su extrema rareza y elevado interés científico.

Material y métodos: Caso clínico de una mujer de 45 años de edad intervenida de urgencias en nuestro Servicio por un cuadro de obstrucción intestinal secundario a adherencias postquirúrgicas. La paciente cursa con un postoperatorio satisfactorio por lo que se decide retirar el catéter venoso central colocado por vía yugular interna con la intención del alta hospitalaria. Minutos después la paciente debuta con un cuadro de desorientación y ceguera con respuestas incoherentes y claudicación del miembro superior derecho. Ante la sospecha de accidente cerebrovascular se realiza CT craneal y posterior RMN urgentes donde se confirma en esta última el diagnóstico de trombosis venosa extensa del seno sigmoideo, seno transversal y bulbo yugular derechos. La paciente tras ingreso en UCI evoluciona favorablemente con tratamiento sintomático y antitrombótico.

Conclusiones: La etiología de este cuadro es desconocida, pero se han asociado con su desarrollo mecanismos ligados al traumatismo craneoencefálico o procedimientos neuroquirúrgicos con compromiso de senos venosos o venas yugulares. En nuestro medio la causa más frecuente es la hipercoagulabilidad asociada a factores hormonales: embarazo, puerperio y sobre todo la toma de anticonceptivos orales. En los países en vías de desarrollo las causas más frecuentes son las infecciosas. Las manifestaciones clínicas de la trombosis venosa cerebral son muy

variables, pero típicamente existe cefalea en el 90% de los casos, frecuentemente de inicio progresivo. Pueden aparecer náuseas y vómitos y otros síntomas neurológicos (hasta en un 50%) como compromiso del estado de consciencia, crisis convulsivas parciales o generalizadas, hemiparesia o papiledema bilateral. En nuestro caso la paciente debuta con un cuadro de desorientación y ceguera con respuestas incoherentes y claudicación del miembro superior derecho. Pensamos que, en nuestro caso, el mecanismo de acción está relacionado con una posible infección asociada al catéter venoso central.

P-293. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE FÍSTULA AORTOENTÉRICA SECUNDARIA CAUSANTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

I. Machado Romero, C.M. del Olmo Rivas, A.J. Pérez Alonso, J. García Rubio, M. González Martínez, A. Ortega Carrasco, J.G. Alonso Roque, R. Molina Barea, A. Sáez Zafra, T. Gallart Aragón y J.A. Jiménez Ríos

Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada.

Introducción: La fístula aorto-entérica (FAE) es una entidad muy infrecuente, pero dada la situación urgente y en algunas ocasiones vital que supone su diagnóstico, es importante recordar su existencia, sobre todo en aquellos pacientes que han sido sometidos a cirugía vascular. Su curso natural es la defunción por hemorragia y/o sepsis, a menos que un rápido diagnóstico y un tratamiento quirúrgico adecuado eviten el fatal desenlace. Presentamos a continuación un caso de FAE secundaria en un paciente portador de prótesis aórtica.

Material y métodos: Varón de 72 años que acudió a urgencias por presentar desde hacía 20 días un cuadro de malestar general con molestias epigástricas-periumbilicales, estreñimiento y pérdida de peso asociadas. Entre sus antecedentes personales destacaban hipertensión arterial de larga evolución, hipercolesterolemia, endarterectomía carotídea bilateral por estenosis superior al 90% en ambas carótidas internas y aneurisma de aorta abdominal sintomático infrarrenal hacía 9 años, intervenido mediante bypass aorto-aórtico con injerto de dacron. Durante su hospitalización, el paciente presentó bruscamente una hemorragia gastrointestinal alta que requirió la práctica urgente de una endoscopia gastroduodenal en la que se observaron restos hemáticos desde estómago hasta segunda porción duodenal sin objetivar punto sangrante. Dados los antecedentes del paciente y la situación clínica no justificables por el resultado de la gastroscopia, se realizó TAC con contraste que mostró cambios inflamatorios en pared de aorta abdominal retroduodenal, y una colección a nivel retroaórtico, con burbujas aéreas periprotésicas que apoyaban la existencia de una FAE secundaria. Tras estabilización hemodinámica se intervino al paciente de forma urgente. Se realizó en un primer tiempo el implante de endoprótesis aorto-monoiliaca con oclusión de iliaca izquierda y bypass femoro-femoral derecha-izquierda. En el mismo tiempo quirúrgico se extirpó la fístula aorto-entérica, realizándose la movilización del duodeno y sutura del mismo a nivel de la tercera porción protegiéndose con una plastia serosa con yeyuno, más epiploplastia del defecto aórtico. El paciente evolucionó favorablemente y fue dado de alta en los días posteriores. Veinte días después reingresó en Servicio de Angiología y Cirugía Vascular por cuadro febril en relación a infección de material protésico confirmada mediante TAC con contraste y gammagrafía con leucocitos marcados. Se decidió entonces nueva intervención quirúrgica programada en la que se realizó bypass extraanatómico axilo-femoral a bypass femoro-femoral previo, seguido de la retirada de prótesis y endoprótesis, y ligadura de la aorta.

Resultados: Durante posoperatorio en Unidad de Cuidados Intensivos presentó IAM anteroseptal, en el contexto de anemia

severa y politransfusión, bien tolerado hemodinámicamente salvo episodios aislados de fibrilación auricular paroxística. Evolucionó satisfactoriamente por lo que fue dado de alta a los quince días de la segunda intervención. En la actualidad sigue revisiones periódicas y se encuentra pendiente de estudio coronariográfico por parte de Cardiología.

Conclusiones: Las FAE secundarias a cirugía aórtica son una complicación rara y potencialmente letal. Su incidencia oscila en el 0,35-1,6%. Aunque el mecanismo exacto de la patología es desconocido por el momento, los factores mecánicos e infecciosos parecen ser las causas más frecuentes de esta complicación posquirúrgica. La hemorragia digestiva alta se ha descrito como el síntoma más frecuente, seguido de los signos de infección y de los síntomas de isquemia aguda. Ninguna técnica diagnóstica puede ser recomendada por sí sola, aunque la combinación de la endoscopia con una técnica de imagen, habitualmente la TC por su amplia disponibilidad, podría ser la mejor opción. La existencia de una FAE secundaria implica la muerte del paciente si no se trata, e incluso con un tratamiento agresivo los resultados son pobres. El tratamiento clásico de la FAE es la revascularización extraanatómica seguida por una laparotomía en la que se cierre la fístula duodenal y el muñón aórtico infrarrenal, reseccándose por último el injerto infectado. La sustitución in situ de la prótesis aporta aparentemente mejores tasas de mortalidad aunque debe reservarse para situaciones en que la infección esté circunscrita. Los procedimientos intravasculares, menos invasivos, no solucionarían el problema de la infección residual, por lo que se emplean como puente a la reparación quirúrgica abierta en pacientes hemodinámicamente inestables con hemorragia activa. También se discute si ofrece mejores resultados la actuación sobre la FAE tras la colocación de la endoprótesis o en un segundo tiempo. Todo esto continúa siendo un tema controvertido con pocas referencias en la literatura y muy pobres resultados. La elección del tratamiento deberá basarse en la situación clínica del paciente, pruebas diagnósticas y experiencia del equipo quirúrgico.

P-294. PERFORACIÓN POR FILTRO DE CAVA. HALLAZGO INTRAOPERATORIO. ACTITUD TERAPÉUTICA CONSERVADORA

A. Gómez Portilla¹, J. Extramiana², J. Larrinaga², E. Martín², L. Magrach², E. López de Heredia², L. Flores², C. Martínez de Lecea³, C. Gómez Martínez de Lecea⁴, A. Saiz² y F. López Zarraga²

¹Hospital Santiago Apóstol, UPV. Vitoria; ²Hospital Santiago Apóstol, Vitoria; ³USP-La Esperanza, Vitoria; ⁴Facultad de Medicina, Universidad de Navarra, Navarra.

Introducción: Los filtros de cava se utilizan preventivamente en paciente con contraindicación de terapia anticoagulante y alto riesgo de tromboembolismo, o en pacientes con tromboembolismo pulmonar recurrente. Entre las complicaciones posibles tras su inserción, la perforación de vena cava es una de las más temidas. De forma excepcional se produce de forma silente, siendo solo diagnosticada como un hallazgo intraoperatorio. La actitud terapéutica ante esta inesperada complicación no está definida.

Objetivos: Presentar los hallazgos y el tratamiento ante una perforación de vena cava asintomática descubierta en un paciente en el transcurso del tratamiento quirúrgico de un cáncer recurrente Renal con infiltración de cava.

Material y métodos: Mujer de 59 años de edad, con cáncer recurrente de riñón derecho que produce infiltración de vena cava inferior. 15 días antes de la cirugía se coloca un filtro de cava preventivo sin incidencias aparentes. En el transcurso de la cirugía se pone de manifiesto una perforación del filtro de

cava absolutamente asintomático hasta el hallazgo intraoperatorio.

Resultados: Se realizó una Laparotomía media, y después de la adhesiolisis, inspección, y exploración de la cavidad, el paquete intestinal protegido se separó del campo operatorio. El retroperitoneo se presentó con disección a lo largo de toda la vena cava desde la bifurcación iliaca hasta la vena cava infradiaphragmática, poniéndose de manifiesto la perforación del filtro de cava con extrusión de una de sus ramas. Valoradas todas las posibilidades intraoperatoriamente, con los radiólogos intervencionistas y cirujanos vasculares, y ante las dificultades que sus posibles soluciones con radiología intervencionista y/o quirúrgica conllevaba, se optó por tratamiento conservador y protección de la prótesis expuesta con omentoplastia de relleno de la celda renal para evitar posibles perforaciones posteriores de víscera hueca. Su evolución fue satisfactoria. Alta en 8 días sin complicaciones. La paciente realiza vida normal y ha completado su tratamiento quimioraditerápico adyuvante. A los 6 meses de la cirugía no existe evidencia de complicación por la perforación de cava descrita.

Conclusiones: Nuestro caso constituye el primer paciente descrito en la literatura médica mundial tratado en esta particular situación clínica mediante tratamiento conservador y omentoplastia de protección preventiva con buen resultado a corto plazo, lo que permite proponer esta alternativa terapéutica como factible y segura.

P-295. DOBLE ANEURISMA VISCERAL MICÓTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

M.E. Gómez García, F. Carbonell Castelló, R. García Espinosa, C. Redondo Cano, F.J. Blanco González, D. Álvarez Martínez y B. Ballester Sapiña

Hospital de la Ribera de Alzira, Alzira.

Introducción: Los aneurismas de las arterias viscerales son una entidad tan infrecuente como relevante por su potencial modo de presentación (de urgencia en no pocas ocasiones) y su curso evolutivo. Con una incidencia del 0,1-10% en las series autópsicas y del 0,1-2% en la población general, que es máxima en la 5-6ª décadas de la vida, esta inhabitual patología vascular ha experimentado un incremento en su diagnóstico en pacientes asintomáticos gracias a la implementación de las técnicas de imagen. Localizadas mayoritariamente en la arteria esplénica (60%), hepática (20%) y tronco celiaco (5,5%), su ubicación en la mesentérica superior constituye el 4-5,5%, con la particularidad de que, en ésta, el origen en un 50-60% de los casos es micótico y son especialmente de difícil manejo incluso de forma electiva. Si bien la etiología aneurismática en el lecho esplénico es diversa (infección, trauma, síndrome de Marfan, arterioesclerosis, etc.), la micótica es extremadamente rara, con menos de 50 casos documentados en la literatura. Éstos, anatómicamente se distribuyen en un 55,6% en la mesentérica superior (AMS); 13,9% en esplénica y hepática; 8,3% en tronco celiaco y 5,6% en gastroduodenal y pancreatoduodenal. Consistentes en dilataciones arteriales focales de origen infeccioso, tienen su origen en una endocarditis previa con la consiguiente diseminación hematogena de émbolos sépticos cuya microbiología clásicamente ha estado dominada por los Streptococcus. Con un crecimiento lentamente progresivo, los aneurismas espléuticos evolucionan imprevisiblemente, con una tasa de ruptura del 20-70% y una mortalidad asociada del 8,5-25% (hasta el 75% en gestantes), sin que ésta pueda correlacionarse con su tamaño. Si bien no existe consenso unánime cuando no hay clínica asociada, en parte debido a su rareza, se considera indicada su reparación en aquéllos sintomáticos y/o > 2 cm por el riesgo potencial de ruptura de estos últimos. En cuanto a la terapéutica, las opciones

incluyen observación, terapia endovascular y cirugía, la cual permite, presumiblemente, dirigir la técnica en función de los hallazgos garantizando la continuidad vascular y una adecuada vascularización del parénquima dependiente.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente varón de 42 años, sin antecedentes medicoquirúrgicos de interés (salvo amigdalectomía años antes) que consulta en varias ocasiones por cuadro de 5 meses de evolución de fiebre intermitente con afectación del estado general que se sucede, meses después, de importante dolor abdominal predominantemente epigástrico, fiebre intensa y persistente y vómitos biliosos incoercibles, sin alteración analítica acompañante. Entre los estudios realizados, el TAC toraco-abdominopélvico describe una dilatación aneurismática de la mesentérica superior de 11mm de diámetro axial, a 8 cm del ostium de salida, previo a las ramas ileales y bicecoapendicológica, con importante engrosamiento e inflamación asociada que se extiende longitudinalmente unos 3 cm y engloba la vena mesentérica adyacente siendo sugestivo de aneurisma micótico. Los hemocultivos identifican un *Streptococcus* grupo viridans y la ecocardio una endocarditis mitral con vegetación de 0,6 cm adherida al borde libre del velo posterior. Se completa valoración con angio-TAC cerebral (sin alteraciones) y angio-TAC abdominal que describe otro aneurisma de 10 x 8 mm en la bifurcación de la arteria cólica media. Ante la notable afectación del paciente se mantiene ingresado para optimizar y planificar cirugía electiva. Se practica laparotomía supra-umbilical. Al acceder a la raíz del mesenterio se visualiza el aneurisma descrito de la AMS con implicación de la vena homóloga. Tras apertura peritoneal, se practica exéresis, previa ligadura con puntos transfixivos del cuello aneurismático, vena y colaterales asociadas. Realizada la liberación de parietocólico derecho y ángulo hepático, a través de la transcavidad se accede a aneurisma dependiente de la cólica derecha, que se liga y reseca. Se completa un tiempo de espera de 45 min que confirma buena vascularización distal en ausencia de signos de isquemia. Confirmado el diagnóstico de presunción, en el 7º DPO el paciente se altó sin incidencias constatables y se encuentra asintomático en la actualidad.

Discusión: Si bien en los últimos años, el tratamiento endovascular está ganado adeptos, fundamentalmente en pacientes con importante riesgo quirúrgico y/o comorbilidad asociada, estos datos están aún por validar a largo plazo y, consideramos, la cirugía electiva sigue siendo el tratamiento óptimo en la mayoría de los casos, pues permite una exhaustiva valoración vascular y la elección de la opción terapéutica no sólo más idónea, sino también, a priori, definitiva.

P-296. ANEURISMA DEL TRONCO CELÍACO COMO CAUSA SUBYACENTE DE DOLOR ABDOMINAL

D.A. Bernal Moreno, J. Cañete Gómez, C. Méndez García, S. García Ruiz, J.A. García Martínez, J.J. Castilla Carretero, J.M. Sánchez Rodríguez, C. Martín García y F.T. Gómez Ruiz

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivos: Los aneurismas del tronco celiaco son una lesión infrecuente que representa el 4% de todos los aneurismas viscerales y suelen mostrarse clínicamente asintomáticos. Presentamos el caso de un paciente con aneurisma del tronco celiaco que debuta con cuadro de dolor abdominal secundario a infarto esplénico submasivo y cómo se resuelve exitosamente de forma no quirúrgica.

Caso clínico: Varón de 40 años que acude por dolor localizado en flanco izquierdo más vómitos. Antecedente de cólicos nefríticos de repetición y sin factores de riesgo, excepto tabaquismo. Al ingreso, CPK de 401 mU/ml. Tras solicitar una ecografía donde existían dudosos signos de diverticulitis aguda, se practica an-

gioTAC de abdomen urgente que pone de manifiesto trombosis arterial del tronco celiaco, arteria hepática principal y arteria esplénica proximal, de carácter severo y subtotal, con imágenes de isquemia-infarto esplénico masivo secundario. Inicialmente se trata de forma conservadora con heparina de bajo peso y tras descartar cualquier causa primaria sistémica del cuadro, se decide realizar arteriografía que muestra un aneurisma sacular del tronco celiaco próximo a su origen, con una arteria esplénica distal al aneurisma permeable aunque con infarto esplénico extenso y trombosis de arteria hepática común con repermeabilización en origen de arteria hepática propia por medio de gastro-duodenal. Se realiza tratamiento angioplástico con colocación de stent recubierto de 5 mm de diámetro y 39 mm de longitud. Buen resultado morfológico y funcional tras la colocación de la endoprótesis. Revisión en consulta a los 3 meses sin incidencias, con un angioTC de control que muestra permeabilidad del mismo y sin fugas.

Discusión: En la actualidad, la aparición inesperada de un aneurisma del tronco celiaco durante la realización de una angiografía explica el diagnóstico prácticamente del 65% de los casos, sin embargo, hay que tenerlo presente como entidad en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal, apoyándonos en pruebas de imagen específicas (TC) para confirmarlo. Por su naturaleza menos invasiva, el tratamiento endovascular o la embolización selectiva son una opción atractiva y efectiva para disminuir las complicaciones de las técnicas quirúrgicas abiertas, aunque los procedimientos quirúrgicos abiertos aún son el tratamiento de referencia.

P-297. RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA EN HEMORRAGIA ABDOMINAL

J. Jorge Cerrudo, A. Paz Yáñez, T. Torres Alcalá, A. Mansilla Roselló, M. Carrasco Muñoz y J.A. Ferrón Orihuela

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Objetivos: Presentamos una serie de pacientes con patología vascular urgente a nivel abdominal y retroperitoneal, resueltos mediante radiología intervencionista.

Casos clínicos: Caso 1: varón de 44 años, con antecedentes de pancreatitis crónica enólica y diabetes (DM). Cuadro de de melenas sin inestabilidad hemodinámica. La analítica mostraba una hemoglobina (Hb) de 10 g/dl. Se realizó EDA en la que se apreció una úlcera en cuerpo gástrico, y la colonoscopia observó sólo restos hemáticos. La TAC mostró extravasado de contraste procedente desde aneurisma de arteria esplénica de 3 cm de diámetro, que provocaba hematoma de 9 cm anexo a estómago. Se realizó arteriografía con intento de embolización no efectiva. Cuadros repetidos de melenas y descenso de hemoglobina progresivo, por que se decidió ligadura quirúrgica de la arteria esplénica. Caso 2: mujer de 72 años con antecedentes de hipertensión arterial (HTA), fibrilación auricular crónica (FAC), portadora de prótesis aórtica mecánica, en tratamiento con acenocumarol e insuficiencia renal crónica. Dolor abdominal en flanco izquierdo de 48 horas de evolución, acompañado de tumoración abdominal anterior. La paciente se encontraba estable hemodinámicamente, con una Hb de 10,5 g/dl. La TAC mostraba hematoma de la vaina de los rectos de 12cm, con comunicación intrabdominal y extravasación de contraste en fase arterial. Mediante arteriografía selectiva a través de arteria hipogástrica, se evidenció sangrado en una rama ilio-pubiana izquierda, y se procedió a colocación de microcoils. Caso 3: varón de 58 años con antecedentes de cardiopatía isquémica, HTA, FAC en tratamiento con acenocumarol. Presentaba dolor lumbar derecho irradiado a hemiabdomen inferior. Clínicamente estable pero con un descenso en Hb de 3 puntos. Tras TAC que evidenciaba extravasa-

ción de contraste en hematoma retroperitoneal derecho de 6 cm, se realizó cateterismo y embolización selectiva de arteria lumbar derecha. Caso 4: varón de 37 años. Antecedentes de intervención de Hatmann por neoplasia de recto localmente avanzada. Reingresó a los 9 meses por intenso dolor anal y rectorragias que le provocaron anemia grave e ingreso en UCI por shock hemorrágico, politransfusiones de concentrados de hematíes, y múltiples revisiones en quirófano, con intentos fallidos de hemostasia del muñón rectal. Se le practicó arteriografía selectiva a través de arteria hipogástrica, encontrando sangrado activo de rama hemorroidal media derecha, procediendo a su embolización efectiva. Caso 5: paciente de 74 años con antecedentes de HTA, DM y Parkinson. Acudió a urgencias por dolor abdominal epigástrico de 3 días de evolución y síncope. A la exploración presentaba hipotensión (TA 80/40), dolor meso-epigástrico y sensación de masa. Analítica: amilasaemia de 854 U/l, 13.500 leucocitos/ μ l y Hb de 8 g/dl. En TAC se confirmó pancreatitis aguda en cabeza pancreática, complicada con un hematoma retroperitoneal de 20 x 7 cm con sangrado arterial activo. Se decidió cateterismo supraselectivo, y se evidenció y embolizó el sangrado a nivel de arteria pancreática posterior.

Resultados: Caso 1: curso postoperatorio con dolor abdominal intenso que precisó tratamiento por unidad del dolor. En TAC de control se apreciaban signos de infarto esplénico. Casos 2 y 3: tras el procedimiento los pacientes se mantuvieron estables clínicamente y analíticamente. Caso 4: debido a la infiltración pélvica de la tumoración, el paciente presentó dolor abdomino-pélvico severo que requirió colocación de bomba analgésica intratecal. Caso 5: la paciente, necesitó soporte vasoactivo 5 días. En su ingreso en planta precisó drenaje percutáneo de colección residual y antibioterapia por sobreinfección. La evolución posterior fue favorable.

Discusión: Pacientes con HTA, discrasias sanguíneas y alteraciones farmacológicas de la coagulación tienen un riesgo aumentado de presentar hemorragias abdominales o retroperitoneales, tanto espontáneas como a mínimos traumatismos. La embolización arterial por cateterismo selectivo es una técnica resolutive, apoyada en múltiples series en la literatura. Las técnicas intervencionistas utilizadas para coactar el sangrado arterial son el uso de stents y de partículas embolizantes (Polivinilalcohol, microcoils). Los candidatos son preferentemente pacientes con estabilidad hemodinámica. En procesos hemorrágicos provocados por aneurismas esplénicos, la radiología intervencionista es una opción frecuentemente utilizada, sin embargo la embolización arterial tiene una alta tasa de recurrencia. La embolización en hemorragias digestivas bajas se utiliza eventualmente en vez de la colonoscopia, en los casos de extravasación evidenciada mediante la TAC con contraste.