



**XXXI CONGRESO**  
SOCIEDAD ANDALUZA  
ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR  
**SEVILLA 2015**

**PROGRAMA**



**SACVA.ES**



# XXXI CONGRESO

SOCIEDAD ANDALUZA DE ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR

## SEVILLA 2015

Estimados compañeros y amigos,

Sevilla, ciudad romana, árabe, renacentista y barroca, americana, flamenca y torera, tradicional y moderna, religiosa y cosmopolita, perfumada de incienso o azahar, marinera sin mar, llena de contradicciones pero siempre hospitalaria,... Es aquí donde se desarrollará del 26 al 28 de noviembre, el evento anual más importante de nuestra especialidad en Andalucía, el XXXI Congreso de la Sociedad Andaluza de Angiología y Cirugía Vascular.

Desde el Comité Organizador, esperamos que sea un foro de encuentro para todos los profesionales que conforman la especialidad en Andalucía, con unos contenidos marcados por el interés y la actualidad, así como por la diversidad de los formatos a través de los cuales se abordarán: mesas redondas, symposiums, presentación de pósters y comunicaciones de trabajos originales. La disponibilidad de modelos de simulación virtual de última generación permitirá practicar las últimas técnicas desarrolladas en patología vascular periférica.

El congreso se caracterizará por un especial énfasis en la patología tumoral que se aborda en las diferentes Unidades y que implica una actuación por parte del cirujano vascular en menor o mayor medida, teniendo en cuenta los avances alcanzados en nuestra especialidad tanto en el ámbito diagnóstico como en el terapéutico.

De igual forma, también se abordará de forma diferenciada el papel actual de las técnicas quirúrgicas en el tratamiento de la patología vascular, ya sean aplicadas de forma primaria o bien de rescate de otras técnicas realizadas con anterioridad.

Espero que pasemos unas jornadas marcadas por el interés científico en el marco de una de las ciudades más universales, conocidas y visitadas del mundo, cuna e inspiración de escritores, pintores y artistas en general. Sin otro particular y con la confianza de contar con vuestra participación, deseando veros próximamente en Sevilla, recibid un fuerte abrazo,



**Andrés García León**

Coordinador del XXXI Congreso de la Sociedad Andaluza de Angiología y Cirugía Vascular

## JUNTA DIRECTIVA

### Presidente

Dr. Manuel Rodríguez Piñero

### Vicepresidente y Tesorero

Dr. Javier Martínez Gámez

### Secretario

Dr. José Enrique Mata Campos

### Vocales

Dr. José Moreno Escobar

Dra. Antonella Craven-Bartle Coll

Dr. Luis Miguel Salmerón Febres

Dr. Rafael Peñafiel Marfil

Dra. Ana Montes Muñoz

Dr. José Enrique Mata Campos

Dr. Juan Pedro Reyes Ortega

Dr. Andrés García León

## COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. Juan Pedro Reyes Ortega

Dra. Silvia Lozano Alonso

Dr. David Carrasco de Andrés

Dra. Rosario Conejero Gómez

## COORDINADOR CONGRESO

Dr. Andrés García León

## COMITÉ ORGANIZADOR

Dr. Francisco J. Diéguez Rascón

Dr. Jorge Haurie Girelli

Dr. José V. González Herráez

Dr. José M<sup>a</sup> López Martínez

Dr. F. Javier Moreno Machuca

Dr. Guillermo Nuñez De Arenas Baeza

Dr. Rafael Romero Campos

## INFORMACIÓN DE INTERÉS

**WEB** <http://www.sacva.es/>

**SEDE** HOTEL SEVILLA CENTER  
Avenida de la Buhaira, 24. 41018 SEVILLA  
Tlf. 954 549 500

## SECRETARÍA TÉCNICA

VIAJES El Corte Inglés S.A. División Congresos  
Tel. 958 53 68 20 – 958 53 68 21 / Fax. 958 25 48 92  
Horario: de lunes a viernes, de 09:00 a 18:00 horas  
*[congresosgranada@viajeseci.es](mailto:congresosgranada@viajeseci.es)*

# PROGRAMA

Del 26 al 28 de noviembre de 2015

## Jueves 26 de noviembre

18:00 Entrega de documentación

21:00 Cocktail de Bienvenida

## Viernes 27 de noviembre

### SIMULACIÓN VIRTUAL

9:30 - 19:30 Workshop en patología aórtica y periférica virtual

*Medtronic / Endologix / Abbott / Cordis*

09:00 I Mesa de Comunicaciones Orales

Moderadores: *Dr. G. Núñez de Arenas, Dr. D. Carrasco*

**C01** EVAR URGENTE O PROGRAMADO Y EL RIESGO DE REINTERVENCIÓN ..... *pág. 11*

**C02** EMBOLIZACIÓN DE ENDOFUGAS TIPO II MEDIANTE LA TÉCNICA ROADSIDE EN NUESTRO CENTRO ..... *pág. 12*

**C03** LIGADURA DE LA ARTERIA MESENTÉRICA INFERIOR CON INYECCIÓN INTRASACO DE TROMBINA COMO TRATAMIENTO DE LAS ENDOFUGAS TIPO II ..... *pág. 13*

**C04** TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LA LESIÓN TRAUMÁTICA DE LA AORTA TORÁCICA ..... *pág. 14*

**C05** VALIDACIÓN EXTERNA DE MODELOS DE PREDICCIÓN DE SUPERVIVENCIA TRAS EVAR POR AAAR EN NUESTRO CENTRO ..... *pág. 15*

**C06** ENDOFUGAS TIPO II TRAS EVAR. TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN ..... *pág. 16*

10:00 I Symposium Satélite Biotronik

“Soluciones Biotronik para territorio Femoro-Poplíteo”

Moderador: *Dr. M. Rodríguez Piñero.*

*Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.*

“Fuerza Radial en Territorio Femoro-Poplíteo:  
Sobredimensionamiento de los Stents. Recomendaciones”

*Dr. R. Gómez Medialdea.*

*Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.*

“Uso de balones con Fármaco en territorio femoro-poplíteo”

*Dr. J. Cuenca Manteca.*

*Complejo Hospitalario Universitario de Granada.*

11:00 Inauguración Oficial del Congreso

11:30 Pausa café y visita stands



**12:30 I Mesa Redonda**

"Límites de la cirugía endovascular"

Moderadores: *Dr. J.V. González, Dra. R. Conejero.*

"Límites de la cirugía endovascular aórtica"

*Dr. F.J. Serrano Hernando. Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Clínico de San Carlos. Madrid.*

"Límites de la cirugía endovascular de troncos supraórticos"

*Dr. A. Clarà Velasco. Angiología y Cirugía Vascular. Hospital del Mar. Barcelona.*

"Límites de la cirugía endovascular periférica"

*Dr. A. Rodríguez Morata. Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.*

---

**14:00 Lunch Symposium CSA/Medtronic**

"Medtronic Aortic and Peripheral Vascular: optimizando recursos"

Moderadores:

*Dr. M. Rodríguez Piñero. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.*

*Dr. J. Maeso Lebrum. Hospital Universitario de la Vall d'Hebron. Barcelona.*

Presentación *Sra. S. Javier / Dr. M. Rodríguez Piñero.*

Técnica CH-EVAR

Introducción: *Dr. J. Maeso.*

Resultado en un estudio 'in vitro'. *Dr. G. Mestres Alomar. Hospital Clínic de Barcelona.*

Casos clínicos: *Dr. R. Gómez Medialdea. Hospital Universitario*

*Virgen de la Victoria. Málaga.*

Casos clínicos: *Dr. G. Mestres.*

Casos clínicos: *Dr. M. Rodríguez Piñero.*

Casos clínicos: *J. Martínez Gámez.*

Discusión

APTUS

Indicaciones y resultados: *Dr. G. Mestres.*

Casos clínicos: *Dr. L.M. Salmerón Febrés. Complejo Hospitalario Universitario de Granada.*

Casos clínicos.

Discusión

Conclusiones *Dr. M. Rodríguez Piñero / Dr. J. Maeso Lebrum.*

---

**16:30 II Mesa de Comunicaciones Orales**

Moderadores: *Dr. J.V. González, Dr. J.P. Reyes.*

**C07 ESTUDIO DE LA INFLUENCIA DE LA RURALIDAD SOBRE LOS**

**FACTORES DE RIESGO VASCULAR EN EL PACIENTE AMPUTADO DE MIEMBRO INFERIOR** ..... pág. 17

**C08 TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LESIONES INFRAPOPLÍTEAS EN**

**LA ISQUEMIA CRÍTICA** ..... pág. 18

**C09 RESULTADOS DEL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LA**

**ENFERMEDAD OCLUSIVA ILÍACA POR GÉNERO** ..... pág. 19



|   |         |
|---|---------|
| <b>C10</b> <i>IMPLANTE OSTEOINTEGRADO EN AMPUTADOS FEMORALES. ANÁLISIS PRELIMINAR AMPLIADO DE LA PRIMERA FASE DEL ESTUDIO</i> .....               | pág. 20 |
| <b>C11</b> <i>TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ISQUEMIA CRÍTICA DE MIEMBROS INFERIORES MEDIANTE ACCESO RETRÓGRADO DISTAL</i> .....                     | pág. 21 |
| <b>C12</b> <i>EMPLEO DEL STENT CUBIERTO EN LA ENFERMEDAD OCLUSIVA DEL SECTOR ILÍACO</i> .....   | pág. 22 |
| <b>C13</b> <i>LINFADENECTOMÍA AORTO-CAVA EN PACIENTES CON RECIDIVA GANGLIONAR POR CÁNCERES GINECOLÓGICOS. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO</i> ..... | pág. 23 |
| <b>C14</b> <i>MAPEO ECOGRÁFICO COMO MÉTODO PARA OPTIMIZAR LA PLANIFICACIÓN PREOPERATORIA DE ACCESOS VASCULARES PARA HEMODIÁLISIS</i> .....        | pág. 24 |
| <b>C15</b> <i>EVALUAR LA SEGURIDAD DE LOS ANTICOAGULANTES (ACO) EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL</i> .....              | pág. 25 |

---

18:00 **Pausa café y visita stands**

---

18:30 **II Symposium Satélite Gore**

Moderador: *J. Martínez Gámez.*

“Necesidades insatisfechas en EVAR con los actuales dispositivos: ¿qué debería aportar uno nuevo?”

*Dr. L.M. Salmerón Febrés. Angiología y Cirugía Vascular. Complejo Hospitalario Universitario de Granada.*

“Tigris, el nuevo stent de componente dual. Conformabilidad y adaptabilidad. Nuestra experiencia”

*Dr. J. Cuenca Manteca. Angiología y Cirugía Vascular. Complejo Hospitalario Universitario de Granada.*

---

21:30 **Cena libre**

## Sábado 28 de noviembre



09:00 **I Mesa de Posters**

Moderadores: *Dr. R. Romero, Dra. S. Lozano.*

|   |         |
|---|---------|
| <b>P01</b> <i>RESECCIÓN QUIRÚRGICA MÁS RECONSTRUCCIÓN VASCULAR EN PACIENTES CON SARCOMAS DE MIEMBROS INFERIORES</i> .....                               | pág. 27 |
| <b>P02</b> <i>CRECIMIENTO DE AAA TRATADO MEDIANTE ENDOPROTESIS: FUGA VS. ENDOTENSIÓN</i> .....  | pág. 28 |
| <b>P03</b> <i>COMPLICACIONES VASCULARES SECUNDARIAS A TUMORES MUSCULOESQUELÉTICOS EN MIEMBROS INFERIORES</i> .....                                      | pág. 29 |
| <b>P04</b> <i>IMPLANTE STENT BIGRAF EN FÍSTULA ARTERIOVENOSA SUBCLAVIOYUGULAR DERECHA SECUNDARIA A CATETERIZACIÓN PARA ACCESO DE HEMODIÁLISIS</i> ..... | pág. 30 |
| <b>P05</b> <i>ANEURISMA DE ARTERIA CARÓTIDA INTERNA: PATOLOGÍA INFRECUENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO</i> .....  | pág. 31 |



|            |  |         |
|------------|--|---------|
| <b>P06</b> | <b>FRACASO RENAL AGUDO POR OCLUSIÓN DE STENTS RENALES DE ENDOPRÓTESIS MULTIRRAMA</b> .....                         | pág. 32 |
| <b>P07</b> | <b>TRATAMIENTO COMBINADO VASCULAR Y TORÁCICO EN PACIENTE CON COARTACIÓN AÓRTICA Y HEMOPTISIS AMENAZANTE</b> .....  | pág. 33 |
| <b>P08</b> | <b>ANEURISMA VERDADERO DE LA ARTERIA HUMERAL TRAS LA LIGADURA DE FISTULA ARTERIOVENOSA PARA HEMODIÁLISIS</b> ..... | pág. 34 |
| <b>P09</b> | <b>PSEUDOANEURISMA IATROGÉNICO DE LA ARTERIA AXILAR TRAS ARTROSCOPIA DE HOMBRO</b> .....                           | pág. 35 |

---

10:30 **III Symposium Satélite Boston**

“Plataforma Innova: Avanzando en el tratamiento de la arteria femoral superficial”

*Dr. D. Manuel Rodríguez Piñero.* “Innova stent autoexpandible; diseño y experiencia”

*Dra. Dña. Mercedes Guerra.* “Eluvia; como mejorar la plataforma Innova para un mayor éxito futuro”

---

11:30 **Pausa café y visita stands**

---

12:30 **II Mesa Redonda**

“Patología Tumoral Vascular”

Moderadores: *Dr. A. García León, Dr. R. Conejero.*

“Paragangliomas: actualización terapéutica”

*Dr. R. Gómez Medialdea. Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.*

“Patología tumoral vascular en cavidad abdominal y retroperitoneal”

*Dr. F.T. Gómez Ruiz. Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.*

“Nuevos abordajes terapéuticos en patología tumoral vascular”

*Dr. I. Lojo Rocamonde. Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Quirón. La Coruña.*

---

14:00 **Lunch Symposium Servier**

“Nuevas evidencias en la prevención de la insuficiencia venosa crónica”

*Dr. L.M. Salmerón Febrés. Angiología y Cirugía Vascular. Complejo Hospitalario Universitario de Granada.*

---

16:30 **II Mesa de Posters**

Moderadores: *Dr. F. Diéguez, Dr. D. Carrasco.*

**P10 PSEUDOANEURISMAS CRANEALES POSTRAUMÁTICOS:**

**A PROPÓSITO DE 5 CASOS CON REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA** .....

pág. 37

**P11 VENOMAS POPLITEOS: A PROPÓSITO DE 2 CASOS** .....

pág. 38

**P12 TRATAMIENTO CONSERVADOR DE INJERTO VASCULAR AÓRTICO INFECTADO POR COXIELLA BURNETII** .....

pág. 39

**P13 EMBOLIZACIÓN EN HEMORRAGIA PUERPERAL: A PROPÓSITO DE DOS CASOS** .....

pág. 40

**P14 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MASA RETROPERITONEAL** .....

pág. 41

**P15 EXÉRESIS DE TUMOR GLÓMICO SHAMBLIN TIPO III** .....

pág. 42



|            |  |         |
|------------|--|---------|
| <b>P16</b> | <i>CONVERSIÓN TARDÍA POR CRECIMIENTO CONTINUADO DEL SACO ANEURISMÁTICO</i> .....                   | pág. 43 |
| <b>P17</b> | <i>TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE FÍSTULA CARÓTIDO-YUGULAR COMPLEJA. UNA TÉCNICA DE RECURSO</i> ..... | pág. 44 |
| <b>P18</b> | <i>MALFORMACIÓN VASCULAR DEPENDIENTE DE ARTERIA ISQUILÁTICA PERSISTENTE</i> .....                  | pág. 45 |

---

|       |  |
|-------|--|
| 18:00 | Pausa café y visita stands             |
| 18:30 | Asamblea General Ordinaria de la SAACV |
| 21:30 | Cena Oficial de Clausura Congreso      |

---



# **I MESA DE COMUNICACIONES ORALES**

---

## **C01**

**Autor/es:** *Jose Damian Herrera Mingorance, Jose Patricio Linares Palomino, Marina Hebberecht López, Irene Rastrollo Sánchez, Luis Miguel Salmerón Febres*

**Centro:** *UGC Intercentros de Angiología y Cirugía Vascul ar de Granada*

**Título:** *EVAR urgente o programado y el riesgo de reintervención*

**Objetivo:** Comparar la necesidad de reintervención en pacientes tratados de aneurisma de aorta abdominal (AAA) mediante EVAR de forma urgente o programada.

**Material y Método:** Pacientes intervenidos mediante EVAR urgente o programado en nuestro Centro por AAA infrarrenal, entre Enero de 2010 y Diciembre de 2012. Se excluyeron aquellos fallecidos en las primeras 24 horas tras la cirugía. Se recogieron datos demográficos, comorbilidades, variables intraoperatorias, estancia hospitalaria, éxito técnico, necesidad de reintervención (motivo y tipo), detección de endofugas y muerte. Se compararon los grupos EVAR programado y urgente, realizándose análisis uni y multivariante.

**Resultados:** 107 pacientes (3 mujeres), con edad media de  $73.5 \pm 7.6$  años y mediana de seguimiento de 24 meses ( $Q1=12,75, Q3=36$ ). EVAR urgente en 24,3% ( $n=26$ ). Se observaron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ) en la reintervención en el primer mes (3.7% programados vs 19.2% urgentes), la muerte en el primer mes (3.7% vs 19.2%) y 12 meses (16% vs 42.3%), estancia hospitalaria ( $8.5 \pm 7$  vs  $15.2 \pm 10.7$  días) y diámetro del aneurisma ( $58,3 \pm 13,7$  vs  $71,4 \pm 22,8$ mm). No se observaron diferencias significativas en la tasa de reintervención, endofugas y la mortalidad a largo plazo. La realización de procedimientos asociados en el EVAR inicial y las mayores cantidades de contraste, se asociaron a la necesidad de reintervención tardía y a una mayor mortalidad a los 24 meses en ambos grupos.

**Conclusiones:** El EVAR urgente se asocia a una mayor morbimortalidad y necesidad de reintervención en el primer mes, aunque no a largo plazo. La reintervención se relaciona con procedimientos asociados en el EVAR inicial y conlleva una mayor mortalidad.

E-mail: [damianherrer@gmail.com](mailto:damianherrer@gmail.com)

**Autor/es:** Jose Damián Herrera Mingorance, Jorge Bartolomé Cuenca Manteca, Jose Patricio Linares Palomino, Marina Hebberecht López, Luis Miguel Salmerón Febres

**Centro:** UGC Intercentros de Angiología y Cirugía Vasculare de Granada

**Título:** Embolización de endofugas tipo II mediante la técnica roadside en nuestro centro

**Objetivo:** Las endofugas tipo II constituyen la complicación más frecuente tras la reparación endovascular del aneurisma de aorta (EVAR). Las técnicas para su tratamiento pueden resultar difíciles de realizar para el cirujano vascular en su entorno habitual. El objetivo es describir nuestra experiencia con la técnica roadside.

**Material y Método:** 5 varones con edad  $72 \pm 7,3$  años, diámetro del aneurisma  $63,3 \pm 18,1$  mm y endofuga tipo II tratada en nuestro centro entre los años 2007 y 2015 mediante técnica roadside. En dos casos se identificó la endofuga durante el EVAR inicial, en el resto durante el seguimiento. La técnica (realizada  $29 \pm 27,3$  meses tras el EVAR) consistió en la punción femoral retrógrada, cateterización del espacio periprotésico en la rama de la endoprótesis y progresión hasta el saco aneurismático, donde se liberaron coils de forma selectiva en la rama arterial causante de la endofuga (2 casos la arteria mesentérica inferior, 2 casos lumbares, 1 caso hipogástrica) y en el propio saco. Finalmente se remodeló el anclaje distal de la rama de la endoprótesis, tras retirar el catéter.

**Resultados:** Se consiguió el éxito técnico en todos los casos, con alta hospitalaria a los  $2,3 \pm 1,3$  días. Mediana de seguimiento 15 meses (Q1;1,5. Q3;42). Un paciente precisó reintervención por nueva endofuga y otro falleció a los 25 meses por causas distintas al aneurisma. El resto de pacientes permanecieron asintomáticos, sin endofugas.

**Conclusiones:** La técnica roadside constituye una alternativa terapéutica útil para el cirujano vascular en su entorno que se enfrenta a un paciente con una endofuga tipo II tras EVAR.

E-mail: [damianherrer@gmail.com](mailto:damianherrer@gmail.com)

**Autor/es:** *Pedro Pablo Aragón-Ropero, Francisco Manresa-Manresa, Sergio Villar-Jiménez, José María Sánchez-Rodríguez y Francisco Tadeo Gómez-Ruiz*

**Centro:** *Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla*

**Título:** *Ligadura de la arteria mesentérica inferior con inyección intrasaco de trombina como tratamiento de las endofugas tipo II.*

**Objetivo:** Las endofugas tipo II representan la principal causa de reintervención a medio y largo plazo en el tratamiento endovascular del aneurisma de aorta abdominal (AAA). Pueden provocar crecimiento y ruptura del aneurisma. Analizamos resultados de nuestra serie de casos tratados con inyección intrasaco de trombina y ligadura de arteria mesenterica inferior (AMI).

**Material y Método:** Presentamos 5 casos de pacientes intervenidos mediante endoprótesis aórtica que en los angioTC de control se evidenciaron endofugas tipo II dependientes de la AMI con crecimiento del saco. Optamos por la mini-laparotomía media para su localización, ligadura e inyección intrasaco de trombina.

**Resultados:** En los sucesivos angioTC de control evidenciamos trombosis de la AMI y de arterias lumbares, así como el cese del crecimiento del saco aneurismático. Hasta el momento, ningún paciente ha presentado complicaciones postoperatorias.

**Conclusiones:** Las endofugas tipo II están presentes hasta en el 30% de los pacientes tratados mediante endoprótesis aórtica. Aunque en la mayoría de los casos desaparecen durante el primer año postquirúrgico, existe un grupo reducido de pacientes en los que la endofuga tipo II permanece presente más allá de dicho periodo, pudiendo aumentar el tamaño del saco y aumentando el riesgo de ruptura del mismo. En cuanto a su tratamiento, no existe todavía un claro consenso. En nuestra serie optamos por éste frente al endovascular para evitar el daño de la AMS durante la canalización. También se han descrito técnicas menos invasivas como la ligadura laparoscópica de la AMI.

E-mail: *pablo90aragon@gmail.com*

**Autor/es:** *Francisco Manresa-Manresa, Sergio Villar-Jiménez, Pedro-Pablo Aragón-Ropero, Antonio Puppo-Moreno y Enriqueta Bataller de Juan*

**Centro:** *Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla*

**Título:** *Tratamiento endovascular de la lesión traumática de la aorta torácica*

**Objetivo:** La cirugía endovascular se presenta como una alternativa quirúrgica de menor morbimortalidad frente a la cirugía abierta en el manejo de las lesiones traumáticas de la aorta torácica (LTAt). Evaluamos seguridad y eficacia del tratamiento endovascular de estas lesiones.

**Material y Método:** Estudio prospectivo observacional de 11 pacientes (10 hombres y 1 mujer, edad media 38.7 años +/-11.6) ingresados por LTAt tratados mediante implante endovascular durante 2011-2014. Causa del traumatismo: 8 accidentes de tráfico, 2 accidentes deportivos y 1 precipitado.

**Resultados:** Todos los pacientes asociaron otras lesiones, tres de los cuales con inestabilidad hemodinámica secundario a shock hemorrágico. La lesión se localizó yuxta e inmediatamente distal a la arteria subclavia izquierda. La tipología de la lesión fue 6 pseudoaneurismas, 4 roturas (3 completas y 1 incompleta) y 1 laceración con hematoma intramural. La cirugía se realizó de forma inmediata en 5 pacientes. En los otros 6 se procedió a reparación quirúrgica de traumatismo hepático, esplénico u óseo pélvico, abordando la lesión aórtica en las posteriores 24 horas. Las complicaciones fueron dos fracasos renales agudos no oligúricos recuperados. Todos los implantes presentaron un correcto control angiográfico. Estancia media (UCI 16.3 días, hospitalaria 20.6 días). Seguimiento medio 580 días (60-1460 días). No hubo éxitus y no se objetivó paraplejas postimplante, endofugas u otras complicaciones.

**Conclusiones:** El tratamiento endovascular de la LTAt consigue unos resultados satisfactorios minimizando la morbilidad de la cirugía abierta. Salvo en los pacientes con shock hemorrágico, el procedimiento puede realizarse tras estabilización y control de daños en las primeras 24 horas.

E-mail: [franman.m@gmail.com](mailto:franman.m@gmail.com)

## C05

**Autor/es:** *S.Villar Jiménez, S.G Moreno Cano, F.Manresa Manresa, P.P Aragón Ropero, F.T Gómez Ruíz*

**Centro:** *Hospital Universitario Virgen del Rocío*

**Título:** *Validación Externa de modelos de predicción de supervivencia tras EVAR por AAAR en nuestro centro*

**Objetivo:** La indicación quirúrgica de un aneurisma abdominal roto debería asentarse bajo parámetros clínicos objetivos , a fin de limitar el esfuerzo terapéutico en aquellos casos en los que la supervivencia sea muy baja. Por este motivo hemos intentado validar la escala GAS y Hardman en nuestro entorno.

**Material y Método:** Estudio retrospectivo de 33 pacientes intervenidos mediante EVAR de AAAR en entre enero de 2010 y febrero de 2015 en el HUVR, a los que se les aplicaron las escalas GAS y Hardmann, A partir de las puntuaciones se obtuvieron las curvas ROC (punto de corte y área bajo la curva) y se compararon los grupos establecidos según el punto de corte. Se determinó la sensibilidad, especificidad, VPP y VPN de las dos escalas para los puntos de corte de cada una.

**Resultados:** La mortalidad global fue del 48%. El grupo de supervivientes obtuvo una media de 80,47 puntos de la GAS, mientras que los fallecidos tenían 99. El punto de corte óptimo teórico elegido fue 102 puntos. Respecto a la escala Hardman, la media de puntos de los supervivientes fue de 1 mientras que en los fallecidos la media fue de 2. El punto de corte ideal es de 3 puntos.

**Conclusiones:** La escala Glasgow es una buena escala pronóstica de mortalidad en los pacientes con AAAR sometidos a EVAR en nuestro centro, acorde con la literatura publicada. El índice de Hardman no fue una herramienta útil debido a la imposibilidad de recopilar algunos datos.

E-mail: *sergiovillarjimenez40@gmail.com*

## C06

**Autor/es:** *Hebberecht López M, Lozano Alonso S, Cuenca Manteca JB, Ros Vidal R, Salmerón Febres LM*

**Centro:** *Complejo Hospitalario Universitario de Granada*

**Título:** *Endofugas tipo II tras EVAR. Tratamiento y evolución*

**Objetivo:** La endofuga tipo II es la complicación más frecuente del EVAR. Su importancia radica en que puede mantener la presurización del saco y, por tanto, el riesgo de ruptura. El objetivo del estudio ha sido valorar su evolución, las técnicas de imagen para el seguimiento y las indicaciones y alternativas de tratamiento.

**Material y Método:** Análisis retrospectivo de pacientes sometidos a tratamiento endovascular de aneurisma de aorta abdominal entre junio de 2005 y enero de 2015, en los que se detecta endofuga tipo II.

**Resultados:** Un total de 48 pacientes (13,5% del total de EVAR) desarrollaron endofuga tipo II. El seguimiento medio de los pacientes fue 37,89 meses. Se realizó mediante ECO y TAC en la mayoría de los casos. El 18,7% se consideraron endofugas complejas, con varios orígenes, y el resto provenían de una sola arteria. El 31,3% de las endofugas se resolvieron espontáneamente en 13 meses. En el 43,7% de los pacientes se detectó endofuga tipo II de forma persistente hasta el final del seguimiento sin asociarse a crecimiento significativo del saco. El 25% se intervino por haber presentado un crecimiento mayor de 10 mms entre 2 revisiones. En 8 pacientes se realizó una embolización transarterial con éxito técnico de 87,5% y en 3 pacientes se realizó embolización translumbar con un 100% de éxito. Solo un paciente falleció por ruptura del aneurisma durante el seguimiento .

**Conclusiones:** El tratamiento conservador de las endofugas tipo II está justificado porque la mayoría de ellas se resuelven espontáneamente o no provocan un aumento del diámetro del aneurisma. Sin embargo, en casos de crecimiento del saco, la embolización transarterial o translumbar presentan un elevado éxito técnico, pudiendo disminuir el riesgo de ruptura.

E-mail: *marina.vascular@gmail.com*

## II MESA DE COMUNICACIONES ORALES

**C07**

---

**Autor/es:** *M. Gutiérrez Fernández (1), L. M. Salmerón Febres (2), D. Carrasco De Andrés (3), S. A. Jiménez Brobeil (1), M. Castellano Arroyo (1)*

**Centro:** *(1) Departamento de Medicina Legal y Forense, Toxicología y Antropología Física de la Universidad de Granada. (2) Unidad de Gestión Clínica de Angiología y Cirugía Vascular del Complejo Hospitalario Universitario de Granada. (3) Unidad de Gestión Clínica de Angiología y Cirugía Vascular del Complejo Hospitalario Torrecárdenas de Almería*

**Título:** *Estudio de la influencia de la ruralidad sobre los factores de riesgo vascular en el paciente amputado de miembro inferior*

**Objetivo:** Entre numerosos estudios sobre el perfil clínico del paciente amputado de miembro inferior (MI), encontramos un vacío científico respecto a factores sociales asociados al proceso. **OBJETIVO:** Analizar la relación entre ruralidad del paciente (forma de vida y dinámica de desarrollo en medio rural) y los factores de riesgo vascular (FRV), determinantes en la amputación de MI.

**Material y Método:** Estudio de cohortes retrospectivo con pacientes amputados de MI en el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Universitario San Cecilio de Granada, entre 1/1/2009 y 31/12/2013. Datos recogidos: demográficos, FRV, nivel de amputación, causa y procedencia rural del paciente. Análisis: paquete estadístico SPSS 2.1. ? **RESULTADOS:**

**Resultados:** Pacientes estudiados: 697 (25,1% mujeres), con edad media: 70,43 años. Pacientes rurales: 53,1%. Causas: en primer lugar Pie diabético (57,1%), seguida en segundo lugar por arterioesclerosis obliterante (35,4%). El porcentaje de amputaciones mayores realizadas es de 54,7%; de ellas un 54,6% en pacientes rurales. La probabilidad de amputación mayor en diabéticos urbanos es 0,98 veces mayor que en rurales (intervalo de confianza 95%). La prueba Chi-cuadrado obtuvo asociación estadísticamente significativa entre esta variable social y: el tabaco ( $p < 0,010$ ) y la obesidad ( $p < 0,047$ ); no demostrando asociación con los otros FRV y el resto de variables clínicas estudiadas.

**Conclusiones:** En nuestra serie queda demostrada la relación directa entre la ruralidad del paciente y dos FRV: tabaco y obesidad; determinantes en algunos casos de amputación; así como la influencia de este factor social en el resultado de amputación mayor.

E-mail: [gutierrez\\_peritacion@hotmail.es](mailto:gutierrez_peritacion@hotmail.es)

**Autor/es:** Robles Martín ML, López Lafuente JE, Castillo Martínez EM, González Herráez JV, García León A.

**Centro:** H. Virgen de Valme (AGS Sur de Sevilla)

**Título:** Tratamiento endovascular de lesiones infrapoplíteas en la isquemia crítica

**Objetivo:** Nuestro objetivo es analizar la angioplastia percutánea transluminal de lesiones infrapoplíteas, estudiando su seguridad y eficacia en relación al salvamento de extremidad y supervivencia de nuestros pacientes.

**Material y Método:** Realizamos un análisis retrospectivo de los pacientes tratados mediante angioplastia (simple/balón farmacoactivo) desde Abril/2014 a Septiembre/2015. La indicación de tratamiento fue la isquemia crítica. Las lesiones fueron categorizadas según la clasificación TASC, valorando la existencia de enfermedad proximal y flujo de salida. Se asocio tratamiento del sector femoropoplíteo en los casos oportunos. El seguimiento medio fue 6,4 meses. Registramos la permeabilidad (TLR) mediante ecodoppler, así como la mejoría clínica valorando salvamento de extremidad y supervivencia.

**Resultados:** Se trataron 32 pacientes, 4 con dolor de reposo y 28 con lesión trófica. El 78% de las lesiones se clasificaron como TASC D y el resto TASC C. El 62% tenía una sola arteria distal permeable. El 72% fue ATP simple de una única arteria distal, el 22% de más de una arteria y el 6% , que correspondía a lesiones recurrentes, mediante ATP con balón farmacoactivo. El 40% de los pacientes preciso tratamiento de sector proximal. Se consiguió el éxito técnico en todos los casos. El 72% no presento complicaciones, el 6% tuvo pseudoaneurisma y el 22% otras complicaciones médicas. Al finalizar el estudio el 56% (18 casos) se mantenían permeables, con una tasa de salvamento de extremidad del 72% (23). La supervivencia fue del 91% (29).

**Conclusiones:** El procedimiento es seguro, consiguiendo una tasa de salvamento y supervivencia aceptable en pacientes que no son buenos candidatos para cirugía revascularizadora.

E-mail: [marisaroma2@gmail.com](mailto:marisaroma2@gmail.com)

**Autor/es:** *Cabrero Fernández, Maday; Martínez López, Isaac; Hernández Mateo Manuela Maria; Revuelta Suero Sergio; Serrano Hernando, Francisco Javier*

**Centro:** *Hospital Clínico San Carlos*

**Título:** *Resultados del tratamiento endovascular de la enfermedad oclusiva iliaca por género*

**Objetivo:** Analizar el sexo femenino como factor pronóstico de los resultados del tratamiento endovascular (TEV) de la patología oclusiva iliaca.

**Material y Método:** Estudio retrospectivo unicéntrico incluyendo pacientes intervenidos entre enero-2005/octubre-2014, divididos según género (A:hombres; B:mujeres). Análisis comparativo de comorbilidad, técnica y resultados, empleando curvas de supervivencia y regresión de Cox.

**Resultados:** Se incluyeron 362 pacientes, 307 varones y 55 mujeres (15,2%), con una edad media de 64,7±11. 67,7% eran claudicantes. En la serie global el 27,1% de lesiones era TASC-C/D con una longitud media de 39,8±18mm, 16,9% de oclusiones y 39% de procedimientos sobre iliaca externa. Se realizó stenting primario en el 96,4% (48,1% balón-expandibles; 40,1% autoexpandibles; 8,3% cubiertos), sin diferencias entre grupos. No se encontraron diferencias en éxito técnico (A:94,9% vs B:94,7%), oclusiones (A:1,3% vs B:1,8%) ni reintervenciones precoces (A:0,7% vs B:1,9%) pero sí en complicaciones médicas postquirúrgicas (A:2,6% vs B:14,5%, p=0.001), con mayor porcentaje de infartos e insuficiencia cardiaca. El seguimiento mediano fue 33 meses sin diferencias entre sexos. A 36 meses, la permeabilidad primaria fue A:86,4% vs B:90,2%(HR:1,23; p=0,59), la asistida A:92,2% vs B:96,0%(HR:0,67; p=0,51) y la secundaria A:94,5% vs B:97,8%(HR:0,57; p=0,45). La tasa libre de reintervención (TLR) fue A:84,2% vs B:94,3%(HR:0,86; p=0,73) y la supervivencia A:93,1 vs B:91,5%(HR: 1,09; p=0,88). En el análisis multivariable el sexo femenino no fue factor de riesgo independiente de peor permeabilidad ni TLR. Tampoco en el análisis de los subgrupos oclusiones o iliacas externas.

**Conclusiones:** Aunque el sexo femenino se ha postulado como factor de peor pronóstico en otros estudios, nuestra serie no confirma esos resultados.

E-mail: *maday.cabrero@gmail.com*

**Autor/es:** Alós J.\*, Guirao L.\*\*, Tibau R.\*\*\*, Samitier B.\*\*\*

**Centro:** Servicio de Angiología y Cirugía Vascular \*\* Servicio de Rehabilitación y Medicina Física \*\*\* Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología  
HOSPITAL DE MATARÓ (Consorci Sanitari del Maresme)

**Título:** *Implante osteointegrado en amputados femorales. Análisis preliminar ampliado de la primera fase del estudio*

**Objetivo:** Evaluar la funcionalidad de pacientes amputados femorales con un implante osteointegrado que permite el apoyo distal del muñón y la mejora de los parámetros de distancia, velocidad de la marcha, dolor, aumento de la densidad ósea y disminución del gasto energético. Fase previa del acoplamiento de una prótesis sin encaje.

**Material y Método:** Estudio experimental prospectivo tipo antes-después en 19 pacientes amputados femorales, tras la colocación de un implante de titanio (realizado entre 01/03/2011 y 01/09/2013).

**Resultados:** Edad media 51,63 años, 78,9% hombres. Media de evolución de la amputación 95,71 meses, Etiología traumática en 11 pacientes (58%) y vascular en 8 (42%). Todos amputados en tercio medio del fémur. Tras 14 meses de seguimiento, incrementaron los metros recorridos de 103,16 de media pre a 124,95 post, la velocidad de 51,53 m/min previa a 62,65 m/min post. Mejoró el dolor en el muñón (2,26 vs 0,42 p=0,05) y el número de horas de utilización protésica (10,47 h vs 12,84 h p=0,01).

**Conclusiones:** Hay una mejora de la capacidad funcional (metros recorridos, velocidad de marcha, dolor y número de horas de uso del encaje), en pacientes amputados, principalmente de causa vascular a los 14 meses del implante femoral.

E-mail: [jalos@csdm.cat](mailto:jalos@csdm.cat)

**Autor/es:** *López Lafuente JE, Robles Martín ML, Castillo Martínez EM, González Herráez JV, García León A*

**Centro:** *Hospital universitario Virgen de Valme (Sevilla)*

**Título:** *Tratamiento endovascular de isquemia crítica de miembros inferiores mediante acceso retrógrado distal*

**Objetivo:** La técnica SAFARI se desarrolló para resolver el problema de la imposibilidad de reentrada desde plano subintimal por vía anterógrada en algunas lesiones complejas. Para ello, se realiza una punción retrógrada en vaso distal o arteria poplítea facilitando la recanalización intraluminal en estas situaciones. Se ha aplicado esta a técnica a pacientes con isquemia crítica de la extremidad con importante comorbilidad asociada y lesiones desfavorables para tratamiento endovascular.

**Material y Método:** Se realizó el procedimiento en 8 pacientes entre los años 2013 y 2015, todos ellos con isquemia crónica grado III o IV de Fontaine y elevado riesgo quirúrgico. De entre ellos 4 pacientes presentaban oclusión larga de arteria femoral superficial, y otros 4 pacientes con oclusión infrapoplítea de diversa localización.

**Resultados:** Se consiguió un 88% de éxito técnico, sin registrar complicaciones hemorrágicas en el punto de punción ni fallecimientos. La estancia hospitalaria media tras el procedimiento fue de 6 días. A los tres meses de seguimiento la permeabilidad primaria de la técnica era de un 42%, y en un 62,5% de pacientes había desaparecido la sintomatología. La permeabilidad de la arteria usada como acceso era de un 75%. El salvamento de extremidad fue de 87,5% y 63% a 3 y 6 meses, respectivamente.

**Conclusiones:** La técnica descrita se presenta como una alternativa aplicable a pacientes con alto riesgo operatorio y amenaza de pérdida de la extremidad, dados los aceptables resultados a medio plazo y la baja frecuencia de complicaciones.

E-mail: *jenriquelopez86@hotmail.com*

**Autor/es:** *Iñaki Cernuda Artero; Isaac Martínez López; Manuela María Hernández Mateo; Maday Cabrero Fernández; Francisco Javier Serrano Hernando*

**Centro:** *Hospital Clínico San Carlos (Madrid)*

**Título:** *Empleo del stent cubierto en la enfermedad oclusiva del sector iliaco*

**Objetivo:** Analizar el uso del stent cubierto (SC) en la patología oclusiva del sector iliaco y los factores asociados a los resultados.

**Material y Método:** Estudio retrospectivo unicéntrico de pacientes intervenidos entre 1996-2015 por patología oclusiva. Análisis de factores demográficos, anatómicos, comorbilidad, técnica y resultados en términos de permeabilidad, así como tasa libre de reintervención (TLR) en el seguimiento.

**Resultados:** 488 pacientes intervenidos de los cuales un 16,6% (81/488) fueron tratados mediante SC. En este grupo la edad media fue de 65±11 años, con un 7,4% de mujeres. Comparado con los no cubiertos hubo más isquemia crítica (50,6% vs 27,8%, p 0,001), más oclusiones (44,4% vs 13,8%, p 0,001), lesiones TASC C-D (35,8% vs 23,3%, p 0,025) y lesiones más largas (62,5 vs 37,58mm, p 0,001) en el grupo SC. En el postoperatorio inmediato hubo más oclusiones (7,4% vs 1,2%, p 0,004) y reintervenciones (8,6% vs 1%, p 0,001) en el grupo de SC frente a los no cubiertos. El seguimiento mediano fue de 53 meses. La permeabilidad a 48 meses en SC frente a no cubierto fue: primaria: 64% vs 85% (HR 2,47, p 0,001); asistida: 80,9% vs 92,1% (HR 2,67, p 0,001); secundaria: 91,7% vs 94,2% (HR 1,67, p 0,18). La TLR fue 61,9% vs 83,4% (HR 2,29, p 0,001). En el análisis multivariable el SC no fue factor de riesgo independiente de peor permeabilidad ni TLR.

**Conclusiones:** El SC se ha asociado a peores resultados en el tratamiento de la patología oclusiva iliaca, si bien se trataron lesiones más complejas con este dispositivo.

E-mail: *cernudaic@gmail.com*

**Autor/es:** *Humberto Sánchez Ocando Marta Garnica Ureña Ma. Asunción Romero Lozano María Rubio Montaña Claudio Gandarias Zúñiga*

**Centro:** *Hospital Universitario Ramón y Cajal (Madrid)*

**Título:** *Linfadenectomía aorto-cava en pacientes con recidiva ganglionar por cánceres ginecológicos. Experiencia en nuestro centro*

**Objetivo:** Las pacientes con cáncer ginecológico que presentan recidiva ganglionar (RG), suponen un grupo con baja sobrevida. Evidencia científica reciente refiere que la expectativa de vida mejora, cuando se practican resecciones amplias ganglionares.

**Material y Método:** Se recogieron datos de pacientes tratadas por cáncer ginecológico, que presentaron RG, intervenidas por cirujanos vasculares mediante linfadenectomía inter aorto-cava extensa (LIACE) en un periodo de 9 años. El diagnóstico se realizó según protocolo del servicio de Oncología mediante TAC/RM más PET-scan, confirmado con biopsia intraoperatoria (BIO). Se define éxito técnico la capacidad de resecar grupo adenopático (GA). Se describe la mortalidad a 30 días, mortalidad global, localización tumoral inicial, tiempo entre cirugía inicial y aparición de GA (TCI-GA), radioterapia intraoperatoria (RIO) y externa (RE) asociada y supervivencia.

**Resultados:** Once casos (endometrio 5, cérvix 3 y ovario 3) con edad media de: 60 + 15.0 años, precisaron laparotomía media xifopubiana o laparotomía transversa supraumbilical. La BIO fue positiva en 10 casos (91%), ameritando LIACE con éxito técnico del 100%. La mediana del TCI-GA fue de 28 meses. El 70% de estas pacientes recibió RIO más RE complementaria, con mediana de 36 meses para el tiempo de seguimiento libre de enfermedad hasta el último PET-TAC de control.

**Conclusiones:** Los grupos médicos multidisciplinares realizan un enfoque integral de patologías complejas, mejorando la calidad técnica de la prestación. El cirujano vascular es crucial para la disección con resección tumoral del sector inter-aorto-cava, dada la complejidad técnica de la intervención. El acceso por laparotomía permite realizar RIO, contribuyendo una mayor sobrevida de estos pacientes.

E-mail: *humberto.sanchez2188@gmail.com*

## C14

---

**Autor/es:** *Jiménez Palmer, R.; Cosín Sales, O.; Lozano Ruiz, C.; Cambronero Aroca, M.; Landaluce Chaves, M.*

**Centro:** *Complejo Hospitalario Universitario de Albacete*

**Título:** *Mapeo ecográfico como método para optimizar la planificación preoperatoria de accesos vasculares para hemodiálisis*

**Objetivo:** Las guías de práctica clínica recomiendan realizar una historia clínica detallada junto con la exploración física y el estudio ecográfico para la planificación del acceso vascular para hemodiálisis. Nuestro objetivo es valorar los resultados obtenidos tras la instauración del mapeo ecográfico sistemático en la consulta de accesos vasculares en relación a los dos años previos.

**Material y Método:** Estudio retrospectivo (enero del 2013 hasta junio del 2015) que incluye los pacientes valorados mediante ecografía en dicha unidad, a los que se realizó un acceso vascular.

**Resultados:** Previo al inicio de la consulta (2011-2012) las fistulas realizadas fueron 98: radiocefálica, 32, (32.65%), humerocefálica, 38 (38.77%), humerobasílica 4 (4.1%) y humeroaxilar, 24 (24.49%). Posteriormente (2013-2015) se realizaron 110 fistulas: radiocefálica, 36 (32.7%), humerocefálica, 54 (54%), humerobasílica, 3 (2.73%) y humeroaxilar, 17 (15.45%). Obteniendo una reducción de un 10% en cuanto a fistulas protésicas se refiere. Se realizó flebografía prequirúrgica en menos del 10% de los pacientes.

**Conclusiones:** La ecografía en nuestra experiencia nos ha permitido optimizar la indicación de fistulas nativas, reduciendo así el número de fistulas protésicas. Minimiza costes, reduciendo número de pruebas diagnósticas invasivas y tiempos de espera que conlleva la realización de estas pruebas.

E-mail: [sarijimenezpalmer85@gmail.com](mailto:sarijimenezpalmer85@gmail.com)

**Autor/es:** Real JM, Castiella M, Pérez-Diez C, Franco JM, Povar J.

**Centro:** Servicio de Farmacia - Hospital Universitario Miguel Servet

**Título:** Evaluación de la seguridad de los anticoagulantes orales en un Servicio de Urgencias

**Objetivo:** Evaluar la seguridad de los anticoagulantes (ACO) en un Servicio de Urgencias de un hospital de tercer nivel.

**Material y Método:** Estudio retrospectivo observacional. Se incluyeron todos los pacientes que habían recibido tratamiento con ACO entre mayo 2014-abril 2015 del Sector II de Zaragoza, analizando cuántos de ellos habían acudido a Urgencias por eventos hemorrágicos. Se recogieron variables demográficas, ACO previo, tipo de evento hemorrágico y tipo de alta.

**Resultados:** Se incluyeron 9549 pacientes con edad media: 71,73  $\pm$ 17,38 años, 50,5% mujeres. El 80,3% estaba tratado con antagonistas de la vitamina K (AVK), 2,7% apixaban, 6,1% con dabigatran, 8,3% rivaroxaban, y 2,5% con varios ACO en el periodo de estudio. Sufrió evento hemorrágico el 5% (551) de los pacientes con AVK, el 6,5% (24) con apixaban, 4,1% (34) de dabigatran y 3,7% (41) de rivaroxaban. Requirió ingreso el 30,1% (166) de los pacientes con AVK, el 20,8% (5) con apixaban, el 29,4% (10) con dabigatran, y el 19,5% (8) con rivaroxaban. Falleció el 0,9% (5) de los pacientes tratados con AVK y el 2,9% (1) con dabigatran. Los motivos de la visita a Urgencias más frecuente en los pacientes con AVK y dabigatran fueron hematuria y epistaxis, con apixaban hematuria y melenas, y con rivaroxaban hematuria y derrame pleural.

**Conclusiones:** Los AVK fueron los ACO más utilizados y con mayor tasa de ingreso asociado a eventos hemorrágicos. Pese a que apixaban presenta mayor tasa de eventos, debido al reducido número de pacientes analizados, se deben realizar más estudios para confirmarlo.

E-mail: [jmreal@salud.aragon.es](mailto:jmreal@salud.aragon.es)



# I MESA DE POSTERS

## P01

---

**Autor/es:** *Romero Lozano MA., Garnica Ureña M., Sanchez Ocando H., Rubio Montaña M., Gandarias Zuñiga C.*

**Centro:** *Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid*

**Título:** *Resección quirúrgica más reconstrucción vascular en pacientes con sarcomas de miembros inferiores*

**Objetivo:** Los sarcomas de partes blandas representan menos del 1% de tumores malignos. Aproximadamente el 55% de ellos se localizan en miembros inferiores.

**Material y Método:** Presentamos cuatro casos tratados en nuestro hospital de 2004 a 2014.

**Resultados:** Caso 1: Varón 79 años con fibrohistiocoma maligno pleomórfico de 13 cm en muslo izquierdo. Se realiza resección tumoral que engloba arteria femoral superficial izquierda, por lo que se realiza bypass fémoro-poplíteo con vena safena interna invertida contralateral. Posterior tratamiento quimiorradioterapico, encontrándose libre de enfermedad a los 8 años de la cirugía. Caso 2: Varón 73 años con antecedentes de leiomiomasarcoma en muslo derecho tratado en otro centro, remitido por recidiva local de 12 cm sobre conducto aductor, afectando paquete vascular. Se realiza resección tumoral amplia, radioterapia intraoperatoria y bypass fémoro-poplíteo con prótesis. Tras dos años, no presenta recidivas. Caso 3: Varón 71 años con angiosarcoma óseo en tercio medial de fémur y proximal de tibia izquierdo con trombosis crónica de arteria poplíteo. Se realiza resección tumoral con implante de prótesis ósea, seguido de bypass poplíteo-tibial anterior izquierdo con prótesis. Caso 4: Mujer 74 años con mixofibrosarcoma inguinal derecho que rodea vasos ilíacos y femorales. Se realiza resección tumoral, bypass arterial y venoso ilíaco externa-femoral superficial derechas y radioterapia intraoperatoria. La paciente se encuentra en cuarto mes postoperatorio con permeabilidad de bypass arterial.

**Conclusiones:** Esta patología precisa conducta quirúrgica agresiva ya que se describen hasta un 65% de recidivas en tratamiento no agresivo. La reconstrucción vascular permite preservar la extremidad afectada.

E-mail: *mromero.3@alumni.unav.es*

**Autor/es:** *Romero Lozano MA., Duque Santos A., Miguel Morrondo A., Ocaña Guaita J., Gandarias Zuñiga C.*

**Centro:** *Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid*

**Título:** *Crecimiento de aaa tratado mediante endoprótesis: fuga vs. Endotensión*

**Introducción:** Las endofugas representan entre 20-25% de las complicaciones del tratamiento con EVAR.

**Caso clínico:** Varón 84 años hipertenso, cardiopatía isquémica, tratado hace 9 años de AAA infrarrenal de 60 mm diámetro mediante endoprótesis aorto-uniliaca derecha y bypass fémoro-femoral, previa embolización de arteria hipogástrica izquierda. Seguimiento inicial sin evidencia de endofuga en pruebas de imagen.

**Material y Método:** Tras 8 años, acude a urgencias por dolor lumbar persistente. En AngioTAC se observa saco aneurismático de 90 mm diámetro con endofuga tipo IA, se realiza tratamiento endovascular urgente mediante colocación de cuff aórtico proximal, enrasado en arterias renales. En TAC de control al mes, aneurisma de 100 mm sin claro origen de fuga. Realizamos arteriografía ante sospecha de endofuga tipo II, apreciándose reentrada por rama circunfleja de iliaca derecha, se realiza embolización de la misma. En nuevo TAC observamos persistencia de saco de 100 mm, de contenido heterogéneo, con fuga de origen indeterminado. Según hallazgos radiológicos y fallo de técnicas endovasculares previas, se decide tratamiento quirúrgico abierto. Mediante laparotomía infraumbilical, accedemos a saco aneurismático, observándose sangrado en jet por 4 puntos de ruptura de endoprótesis. Se decide colocación de endoprótesis aorto-uniliaca derecha en el interior de la previa, con banding en iliaca derecha y cierre de saco aneurismático.

**Comentarios:** Las endofugas tipo 3 son causadas por defectos en la fabricación de las endoprótesis, pudiendo presentarse como agujeros o desconexión entre los módulos que la componen. Estas endofugas requieren tratamiento urgente debido al riesgo de crecimiento y ruptura aneurismática. Se ha descrito tratamiento endovascular o cirugía abierta para repararlas.

E-mail: *mromero.3@alumni.unav.es*

**Autor/es:** *Ruales Romero AM, Doiz Artazcoz E, Martín Cañuelo J, Osorio Lozano D, Rodríguez Piñero M.*

**Centro:** *UGC Angiología y Cirugía Vasculr, Hospital Puerta del Mar. Cádiz*

**Título:** *Complicaciones vasculares secundarias a tumores musculoesqueléticos en miembros inferiores*

**Objetivo:** Estudiar la invasión vascular por parte de neoplasias musculoesqueléticas, es poco frecuente. Investigar las complicaciones potenciales; pseudoaneurimas (PSA) o clínica secundaria a compresión, varia según la localización y vaso afectado por el tumor.

**Material y Método:** Presentamos dos casos clínicos de complicaciones vasculares causadas por tumores musculoesqueléticos en la extremidad inferior.

**Resultados:** Varón de 18 años sin antecedentes, acude por edema, parestesias y hematoma en cara posterior de la pierna derecha, ausencia de pulsos distales. Ecodoppler objetiva PSA en fosa poplitea. AngioTC confirma PSA de 7.8 cm de diámetro máximo complicado y osteocondroma en cara posterior tibia proximal. Resección quirúrgica de PSA, cierre de defecto arterial con parche de VSA y exéresis de fragmento óseo. Alta con pulsos distales y menos edema. Mujer 28 años con antecedentes personales de panhipopituitarismo, obesidad mórbida y trombosis venosa profunda de repetición. Consulta por edema, inflamación y ausencia de pulsos distales pierna izquierda. Ecodoppler sospecha de PSA poplíteo y compresión vasculonerviosa. AngioTC muestra PSA y masa que ocupa cara posterior muslo. En cirugía hallazgo de masa gigante e invasión arterial, reparación mediante bypass de 1-2 pp. AP fibroadenoma desmoides. Al alta flujo distal, tratamiento oncológico.

**Conclusiones:** Los osteocondromas son tumores generalmente benignos que pueden producir pseudoaneurismas en las arterias vecinas debido a sus exostosis. Los fibroadenomas, se pueden comportar de forma localmente agresiva, invadiendo estructuras como en este caso los vasos sanguíneos. Es importante el adecuado estudio radiológico de este tipo de tumores, e intentar reparar los vasos sanguíneos para evitar complicaciones como la amputación del miembro afectado.

E-mail: [anaruales@gmail.com](mailto:anaruales@gmail.com)

**Autor/es:** *Ruales Romero, AM., Osorio Lozano, D., Maazouzi, M., Arribas Aguilar, F., Rodríguez Piñero, M.*

**Centro:** *UGC Angiología y Cirugía Vascul ar Hospital Puerta del Mar, Cádiz*

**Título:** *Implante stent bigraf en fístula arteriovenosa subclavioyugular derecha secundaria a cateterización para acceso de hemodiálisis*

**Introducción:** Las fístulas arteriovenosas subclavioyugulares son infrecuentes, siendo causadas de forma iatrogénica tras intento de cateterización. La gran mayoría presentan una evolución benigna, con cierre espontáneo. Dependiendo del tamaño de la fístula, potencialmente pueden ocasionar cambios crónicos en el vaso afectado y complicaciones serias.

**Caso clínico:** Se trata de un paciente de 62 años con antecedentes personales de Diabetes Mellitus tipo 2 y Macroglobulinemia de Waldenström, quien ingresa a cargo del servicio de Nefrología por insuficiencia renal aguda, precisando hemodiálisis. Se coloca catéter yugular derecho permanente, que al no funcionar se decide retirar ocasionando sangrado abundante (sospecha de lesión arterial).

**Material y Método:** Estudio del paciente mediante exploración física inicial en la que se objetiva frémito y soplo en la fosa supracalvicular derecha. En ecodoppler se observa comunicación entre vena yugular derecha y arteria subclavia derecha, lo cual se confirma en angioTC. Se realiza inicialmente compresión ecoguiada, con disminución del soplo y ausencia del frémito. En los seguimientos ecográficos se observa persistencia de la fístula. Se programa paciente para colocación de stent bigraf recubierto en arteria subclavia derecha para sellar el defecto. El procedimiento es exitoso, logrando cerrar la comunicación arteriovenosa.

**Comentarios:** Este tipo de lesiones, cierran espontáneamente en su mayoría, por lo que el tratamiento inicial puede ser expectante con seguimiento ecográfico. Se puede intentar compresión guiada con ecodoppler, en este caso técnicamente dificultoso por la localización anatómica. Si la fístula continúa permeable, el tratamiento endovascular con stent recubierto es una muy buena opción.

E-mail: [anaruales@gmail.com](mailto:anaruales@gmail.com)

**Autor/es:** *Lozano Ruiz, C.; Cosín Sales, O.; Jiménez Palmer, R; Fernández Catalán, C.; Landaluze Chaves, M.*

**Centro:** *Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Servicio de Angiología y Cirugía Vascular.*

**Título:** *Aneurisma de arteria carótida interna: patología infrecuente. A propósito de un caso.*

**Introducción:** El aneurisma de arteria carótida es una patología rara con una incidencia entre el 0,1% y 3,7%. Muchos casos permanecen asintomáticos hasta que aparecen síntomas neurológicos isquémicos, por lo que resulta de gran importancia su detección y tratamiento precoz. La etiología más frecuente es la aterosclerótica y le siguen en frecuencia los traumáticos y los de causa infecciosa.

**Caso clínico:** Mujer de 62 años con HTA y obesidad como antecedentes personales que es remitida por Otorrinolaringología a nuestra consulta por masa pulsátil en región latero-cervical derecha como única sintomatología. Se realiza angioTAC de troncos supraaórticos hallándose aneurisma de arteria carótida interna derecha en su porción extracraneal de 25mm de diámetro máximo con trombo mural. Se completa el estudio de extensión sin encontrarse aneurismas a otros niveles ni infartos cerebrales silentes. Dado el tamaño del aneurisma y el riesgo de accidente cerebrovascular por embolización se decide realizar resección del aneurisma con sutura directa mediante anastomosis término-terminal. Los cultivos de la pieza quirúrgica fueron negativos. No se objetivaron eventos neurológicos de interés en el postoperatorio inmediato y la evolución posterior cursó sin complicaciones. La paciente es sometida a controles anuales mediante ECO Doppler de TSA.

**Material y Método:** -

**Comentarios:** Esta patología representa un riesgo inherente por la alta posibilidad de eventos neurológicos que se pueden desencadenar, y además, supone un reto para el cirujano vascular por lo infrecuente de su presentación. Actualmente, y en la era de la terapéutica endovascular, la técnica de elección para tratamiento de esta patología continúa siendo la cirugía convencional.

E-mail: *crisinalozanorui@hotmai.com*

**Autor/es:** *Alejandra Bravo Molina, José Enrique Mata Campos, Manuel Sánchez Maestre, Moisés Galán Zafra, Francisco Javier Martínez Gámez.*

**Centro:** *Complejo Hospitalario de Jaén*

**Título:** *Fracaso renal agudo por oclusión de stents renales de endoprótesis multirrama*

**Introducción:** Las endoprótesis fenestradas y multirrama, en el contexto de un cuello subóptimo, emplean el segmento visceral para la fijación y sellado. Esta técnica requiere la implantación de stents viscerales, lo cual puede producir complicaciones específicas.

**Caso clínico:** Varón de 69 años con antecedentes de hipertensión arterial y exfumador, diagnosticado de aneurisma toraco-abdominal inflamatorio tipo IV de 8cm tras comenzar con dolor en fosa iliaca izquierda. Se interviene mediante endoprótesis multirrama (4 ramas) sin complicaciones perioperatorias. Posteriormente comienza a desarrollar enfermedad renal secundaria a uropatía obstructiva de origen ureteral debido a la fibrosis retroperitoneal. 2 años tras la cirugía acude a urgencias por dolor agudo en fosa iliaca izquierda, con anuria de 24 horas y creatinina en 5mg/dl. Inicialmente se sospecha una obstrucción aguda y se coloca un catéter doble J, sin obtener orina, tras lo cual se realiza un angioTAC visualizando obstrucción de ambos stents renales. Se consigue repermeabilizar el stent izquierdo (no así el derecho, por posible plicatura), realizando fibrinolisis y colocando nuevo stent recubierto distal a previo por vía humeral izquierda. Tras 12 días de hemodiálisis transitoria, se estabiliza la función renal con creatinina inferior a 2mg/dl. A los 3 meses presenta un nuevo fracaso renal agudo, con estenosis crítica de renal izquierda en angioTAC, que vuelve a repermeabilizarse y se implanta stent recubierto proximal con protusión en aorta.

**Material y Método:** -

**Comentarios:** Tras introducción de endoprótesis más complejas, asistimos a la aparición de nuevas complicaciones, como la estenosis u oclusión de los stents viscerales, que requieren un alto nivel de sospecha.

E-mail: *alejandritabravo@gmail.com*

**Autor/es:** *D. Andrades Sardiña, F. Manresa Manresa, M. A. Canalejo Raya, R. M. Barroso Peñalver, F. T. Gómez Ruiz.*

**Centro:** *Hospital Universitario Virgen del Rocío*

**Título:** *Tratamiento combinado vascular y torácico en paciente con Coartación Aórtica y Hemoptisis amenazante*

**Introducción:** La Coartación Aórtica es una entidad infrecuente en el adulto, con una esperanza media de vida de 35 años sin tratamiento, por las complicaciones derivadas de la HTA y sus efectos cardiovasculares. Presentamos el caso de una paciente sometida a Bypass y posterior cirugía endovascular por evolución insatisfactoria.

**Caso clínico:** Mujer de 54 años con antecedentes de tabaquismo, alergia a contrastes yodados, Enf de Crohn y coartación aórtica intervenida mediante Bypass aorticossuclavio en 2011.

**Material y Método:** Acude a Urgencias en Abril de 2014 por hemoptisis masiva, controlándose con tratamiento médico. Nuevo episodio posterior con gran deterioro de EG precisando ingreso en UCI, detectándose mediante AngioTC fístula del Bypass a nivel de la anastomosis de la aorta torácica descendente y bronquio de LSI, y estenosis del 60% en origen de subclavia izquierda. Se interviene mediante Angioplastia percutánea con colocación de Stent endoaórtico en el recorrido de la coartación y cierre de Bypass. En el postoperatorio presenta TEP múltiples y TVP de subclavia derecha con nuevo episodio de hemoptisis masiva y reingreso en UCI. Es reintervenida mediante toracotomía con liberación de adherencias de prótesis a cara posterior de pulmón izquierdo, sobre el que ocasiona lesión por decúbito, segmentectomía 6 y sutura de dehiscencia de anastomosis distal de Bypass. Buena evolución posterior, siendo alta al 8º día.

**Comentarios:** El tratamiento endovascular de coartación aórtica en el adulto es una alternativa mínimamente invasiva a la cirugía abierta, segura y efectiva, en aquellos pacientes en los que esta no es posible, está contraindicada o en caso de recidiva o complicaciones postoperatorias.

E-mail: *daniel.andrades.sardina@gmail.com*

**Autor/es:** *Jiménez Palmer, R.; Cosín Sales, O.; Lozano Ruiz, C.; Cambronero Aroca, M.; Landaluce Chaves, M.*

**Centro:** *Complejo Hospitalario Universitario de Albacete*

**Título:** *Aneurisma verdadero de la arteria humeral tras la ligadura de fistula arteriovenosa para hemodiálisis*

**Introducción:** La degeneración aneurismática de la arteria donante tras la ligadura de un acceso vascular para hemodialisis es una complicación que se produce como mecanismo adaptativo de la arteria al incremento de flujo permanente.

**Caso clínico:** Varón de 34 años, con antecedentes de trasplante renal y ligadura de dos fistulas arteriovenosas previas, presentó cuatro años antes episodio de embolización distal en brazo izquierdo secundario a aneurismas de arteria humeral, tratado con anticoagulación. El paciente es remitido para valoración terapéutica de dos aneurismas humerales en miembro superior izquierdo que presentan crecimiento progresivo y parestesias a nivel de los tres primeros dedos de la mano. A la exploración física presenta todos los pulsos, excepto el pulso radial. En el eco-Doppler se observaron dos dilataciones aneurismáticas en la arteria humeral de 37 y 40 mm, con trombo intraluminal. Trombosis de arteria radial y permeabilidad de arteria cubital e interósea. Dado el tamaño y sintomatología de los aneurismas, se realiza su exclusión y revascularización mediante interposición de injerto protésico. La evolución postoperatoria fue favorable, en el ecodoppler de seguimiento presentaba permeabilidad del injerto y de las arterias cubital e interósea.

**Material y Método:** A propósito de un caso.

**Comentarios:** El aneurisma verdadero de la arteria donante tras la ligadura de un acceso para hemodiálisis es una complicación casi anecdótica, por lo que se desconoce la historia natural. El manejo se extrapola al de los aneurismas poplíteos. Recientemente, según la literatura publicada, se ha observado que en pacientes trasplantados el tratamiento inmunosupresor podría tener un efecto de aceleración en la degeneración aneurismática.

E-mail: *sarijimenezpalmer85@gmail.com*

**Autor/es:** *Jiménez Palmer, R.; Cosín Sales, O.; Lozano Ruiz, C.; Cambroner Aroca, M.; Landaluze Chaves, M.*

**Centro:** *Complejo Hospitalario Universitario de Albacete*

**Título:** *Pseudoaneurisma iatrogénico de la arteria axilar tras artroscopia de hombro*

**Introducción:** Los pseudoaneurismas de la arteria axilar son una complicación rara que se suele asociar a traumatismo previo o luxación de la articulación glenohumeral. Todavía menos frecuentes son los iatrogénicos.

**Caso clínico:** Mujer de 68 años a la que se le realiza una artroscopia tras traumatismo en hombro derecho, acude a la consulta el primer mes de seguimiento con disminución de motilidad, parestesias y dolor de diez días de evolución. Ante la sospecha de afectación vascular, se realiza angiotac que confirma gran pseudoaneurisma de arteria axilar con gran colateralidad y contusión de arteria humeral, por lo que es remitida para valoración. A la exploración física presenta masa pulsátil axilar, con edema del miembro y pulso axilar presente con ausencia del resto. Disminución de motilidad digital e imposibilidad de flexoextensión del codo y muñeca. De forma urgente, se realiza embolización del pseudoaneurisma, para evitar complicaciones quirúrgicas. En el mismo acto quirúrgico se libera la compresión nerviosa junto con revascularización mediante bypass axilohumeral de injerto venoso. Tras la cirugía presenta recuperación de pulsos y mantiene déficit motor y sensitivo.

**Material y Método:** A propósito de un caso.

**Comentarios:** Las lesiones vasculares asociadas a procedimientos terapéuticos de la articulación glenohumeral pueden conllevar complicaciones potencialmente graves por lo que requieren un diagnóstico y tratamiento precoz. La clínica derivada de la lesión vascular puede ser larvada, desde un pequeña masa pulsátil hasta déficit neurológico progresivo secundario al efecto masa del pseudoaneurisma en crecimiento. La afectación del plexo braquial posee mal pronóstico y suele perpetuar secuelas funcionales pese a la descompresión quirúrgica.

E-mail: [sarijimenezpalmer85@gmail.com](mailto:sarijimenezpalmer85@gmail.com)



## II MESA DE PÓSTERS

### P10

---

**Autor/es:** *El Mehdi Maazouzi, Esther Doiz Artázcoz, Jorge Martín Cañuelo, Manuel Rodríguez Piñero, Davidson Osorio Lozano.*

**Centro:** *HUPM*

**Título:** *Pseudoaneurismas craneales postraumaticos: a proposito de 5 casos con revision bibliografica*

**Objetivo:** Los pseudoaneurismas (PSA) craneales son lesiones vasculares infrecuentes, generalmente secundarias a traumatismos en la región frontotemporal. Deben sospecharse ante la presencia de una masa pulsátil a ese nivel. Presentamos 5 casos clínicos.

**Material y Método:** Varon de 75 años , hipertenso .Trás traumatismo frontal leve, tumoración pulsátil de 3,1 por 1,8 cm . Eco doppler y angioresonancia objetiva la presencia de PSA de la rama frontal de la arteria temporal izquierda. Cirugía de ligadura y resección. Mujer de 73 años .Traumatismo preauricular derecho con posterior masa pulsátil de 3 por 2 cm. Ecodoppler con PSA temporal. Resección y ligadura. Varon de 21 años. Traumatismo craneal contuso y desarrolla masa pulsátil preauricular izquierda. Ecodoppler con PSA temporal con posterior resección abierta Varon de 72 años con antecedentes de hipertensión,tiroidectomia subtotal y síndrome de Gilbert. Trás traumatismo occipital, presenta masa pulsátil. Eco doppler y angioRMN con PSA de 2,7 por 2,2 cm .Resección abierta. Hematoma en postoperoatorio con resolución espontánea. Mujer de 19 años , traumatismo en zona preauricular derecha con tumoración pulsátil de pequeño tamaño. Arteriografía con posible PSA temporal y fistula arterio-venosa asociada. Tratamiento conservador.

**Resultados:** - Los PSA craneales son infrecuentes . Establecemos diagnóstico diferencial con hematomas, lipomas, quistes, abscesos y fistulas AV.

**Conclusiones:** -Según la bibliografía revisada la manifestación clínica más frecuente es una masa pulsátil que puede asociar síntomas de compresión local, tinitus o sordera. -El tratamiento de elección es la cirugía abierta mediante resección y ligadura del vaso con poca comorbilidad. -La embolización selectiva es una opción válida para localizaciones inaccesibles.

E-mail: *maazouzim@hotmail.fr*

**Autor/es:** *El Mehdi Maazouzi, Felipe Arribas Aguilar, Antonella Craven Bartle Coll, Esther Doiz Artázcoz, Davidson Osorio Lozano*

**Centro:** *HUPM*

**Título:** *Venomas poplíteos: a proposito de 2 casos*

**Introducción:** Los aneurismas venosos son infrecuentes y se localizan principalmente en MMII, en región poplítea. Las complicaciones más temidas que pueden asociar son la trombosis venosa profunda (TVP) y el tromboembolismo pulmonar (TEP) repetido. Presentamos dos casos clínicos.

**Caso clínico:** Mujer, 43 años, alérgica a corticoides, fumadora, dislipémica. Intervenido en 2008 en 4 ocasiones por rotura fibrilar y descompresión nerviosa poplítea derecha con sobreinfección. Dolor crónico con reagudizaciones en MID en seguimiento por Traumatología. En 2013, ecodoppler y flebografía con diagnóstico de aneurisma venoso poplíteo bilobulado de 1ª a 3ª porción poplítea con diámetro máximo de 3 cm. Se intenta resección y bypass venoso sin éxito por lo cual se realiza ligadura proximal y distal del venoma. Alta con pulsos distales y sin complicaciones en herida quirúrgica. Mujer de 60 años exfumadora, portadora de mutación gen C6677THEHFR antocoagulada. En 2012 ingresa en UCI por episodio de TEP bilateral con HTP ligera-moderada. Tumoración dolorosa en hueso poplíteo izquierdo. En eco doppler venoso se observa venoma poplíteo parcialmente trombosado de diámetro máximo 3,3,cm que se confirma mediante angioRMN MMII. Durante seguimiento presenta crecimiento hasta 4,5 cm por lo que se realiza resección quirúrgica y cierre con parche de safena externa. Fue dada de alta sin complicaciones.

**Material y Método:** Los aneurismas venosos poplíteos son infrecuentes, asintomáticos y se asocian a TVP y TEP repetido.

**Comentarios:** La eco-Doppler es el método de elección para su diagnóstico. -La cirugía está indicada en venomas mayores de 2 cm mientras que el seguimiento ecográfico es de elección en los de menor tamaño.

E-mail: *maazouzim@hotmail.fr*

**Autor/es:** *Francisco Manresa-Manresa, Sergio Villar-Jiménez, Pedro Pablo Aragón-Ropero, Arístides de Alarcón y Manuel Ángel Canalejo-Raya.*

**Centro:** *Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.*

**Título:** *Tratamiento conservador de injerto vascular aórtico infectado por *Coxiella burnetii**

**Introducción:** *Coxiella burnetii*, agente causal de la fiebre Q, puede producir endocarditis e infecciones vasculares, resultando en una gran morbimortalidad. Presentamos el caso de un paciente con infección de prótesis aorto-bifemoral implantada previamente como tratamiento de un aneurisma de aorta abdominal asintomático (AAAa)

**Caso clínico:** Varón de 62 años intervenido 5 años atrás por AAAa mediante bypass aorto-bifemoral y reintenido dos años después mediante ligadura de arteria iliaca externa derecha por diagnóstico de aneurisma iliaco.

**Material y Método:** Realizado angioTC de control al paciente asintomático, se evidenció colección periprotésica en rama derecha del injerto y absceso en psoas derecho. Los hemocultivos seriados, la gammagrafía con leucocitos marcados y el cultivo del material purulento obtenido por PAAF de abscesos intraabdominales resultaron negativos. Se obtuvo serología positiva para *Coxiella burnetii* (IgG IFI 1/8192). Se indicó explante quirúrgico del injerto previo ciclo de antibioterapia (doxiciclina e hidroxycloquina). El paciente rechazó la intervención quirúrgica. Tras 23 meses de seguimiento permanece asintomático con antibioterapia crónica mantenida, objetivándose reducción de las colecciones intraabdominales en angioTC de control y del IgG IFI (1/1024).

**Comentarios:** El tratamiento establecido del injerto vascular aórtico infectado suele ser la resección del mismo por el alto riesgo de complicaciones mayores y mortalidad. No existen guías específicas sobre el manejo de infecciones protésicas vasculares por *C. burnetii*, pero algunos autores optan por tratamiento conservador con antibioterapia prolongada al considerarla de baja virulencia, especialmente en pacientes de alto riesgo quirúrgico. En nuestro caso esta opción viene determinada por la negativa del paciente a la intervención quirúrgica estando asintomático.

E-mail: *franman.m@gmail.com*

**Autor/es:** *Moreno Reina A, López Lafuente E, Robles Martín M, González Herraes J, García León A.*

**Centro:** *H. U. Nuestra Señora de Valme*

**Título:** *Embolización en Hemorragia Puerperal: a propósito de dos casos*

**Introducción:** La hemorragia postparto es una complicación del embarazo con alta morbimortalidad, siendo una emergencia obstétrica que debe ser rápidamente controlada, ya que puede desencadenar shock hipovolémico y/o coagulopatía de consumo. En hemorragias graves, la embolización selectiva de arterias uterinas constituye una alternativa terapéutica eficaz y mínimamente invasiva deteniendo hemorragias activas, permitiendo manejo conservador del útero y sin comprometer el futuro reproductivo de la paciente.

**Caso clínico:** Realizamos una revisión de los últimos casos tratados en nuestro centro.

**Material y Método:** Caso 1 Puerpera de 32 años con sangrado uterino y anemia secundaria que no cede con medidas conservadoras ni legrado hemostático. Finalmente se procede a embolización selectiva de ambas arterias uterinas con coils. Evolución posterior favorable, con cese del sangrado. Caso 2 Gestante de 38 años que presenta shock hemorrágico con CID por feto muerto (a las 39 semanas de gestación), complicado con sangrado uterino activo dependiente de arteria uterina izquierda la cual se emboliza de forma selectiva con coils, con resolución inmediata del sangrado.

**Comentarios:** La embolización selectiva constituye alternativa terapéutica eficaz en hemorragias puerperales. En situaciones de extrema urgencia una embolización menos selectiva está permitida con objeto de controlar el sangrado.

E-mail: *anamreina1989@gmail.com*

**Autor/es:** Dres. Galera Martínez M C, Doiz Artázcoz E, Osorio Lozano D, Maazouzi E M, Rodríguez Piñero M.

**Centro:** UGC Angiología y Cirugía Vascular Hospital Universitario puerta del Mar, Cádiz.

**Título:** *Diagnostico diferencial de masa retroperitoneal*

**Introducción:** Las neoplasias retroperitoneales suponen un elevado riesgo, no sólo por su agresividad histológica, sino por su cercanía a estructuras neurovasculares. Mayoritariamente, son hallazgos incidentales tras una prueba de imagen, por lo que muchos son intervenidos sin estudio apropiado previo. En nuestro caso, la ecografía-doppler resulto útil para valorar la compresión vascular por un incidentaloma.

**Caso clínico:** Varón de 56 años diabético. Valorado en otro centro por bultoma inguinal, parestesias, dolor y edema en miembro inferior derecho de semanas de evolución. En eco-doppler se objetiva trombosis venosa profunda de femoral superficial y conglomerado adenopático de medidas 7x7cm tras completar con eco-abdominal. Estudio TAC toracoabdominal muestra masa de aspecto multilobulado con necrosis central de 9.8x4.4x9cm que engloba vasos iliacos derechos, con posterior biopsia local con sospecha de hamartoma angiomatoso por lo que se deriva. Se lleva a cabo cirugía programada con resección de masa retroperitoneal e inguinal, objetivándose lesión pética adherida a planos muscular y óseo que engloba grandes vasos. Resección R1 preservando arteria iliaca externa y ligadura de vena iliaca externa ipsilateral. Anatomíapatólogica intraoperatoria con células mesenquimales malignas y definitiva de liposarcoma.

**Material y Método:** .

**Comentarios:** - Los sarcomas retroperitoneales son tumores poco frecuentes de difícil diagnóstico y tardío tratamiento. - Crecen de forma asintomática hasta que presentan clínica de compresión local pudiendo afectar a las estructuras vasculonerviosas, por lo que requiere abordaje multidisciplinar. - El tratamiento es quirúrgico mediante resección de la masa con radioterapia y/o quimioterapia coadyuvante en estadios avanzados.

E-mail: [cgaleramartinez@gmail.com](mailto:cgaleramartinez@gmail.com)

**Autor/es:** *Rastrollo Sánchez, Irene; Herrera Mingorance, José Damián; Cuenca Manteca, Jorge Bartolomé; Lozano Alonso, Silvia; Salmerón Febres, Luis Miguel.*

**Centro:** *Complejo Hospitalario Universitario de Granada*

**Título:** *Exéresis de tumor glómico shamblin tipo III*

**Introducción:** Los tumores glómicos se tratan de una entidad infrecuente que, en determinadas ocasiones, suponen una intervención que exige una gran preparación del equipo quirúrgico.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de una mujer de 33 años de edad, derivada de la consulta de ORL por presentar tumor glómico Shamblin III sobre eje carotídeo derecho. Más que por la singularidad del caso, se envía el mismo por las imágenes recogidas. Tras la embolización el día previo a la intervención, se procede a la cirugía, bajo intubación nasotraqueal. Se realiza la exéresis del tumor (estando presente el cirujano maxilofacial), que se extiende desde el músculo omohioideo hasta el nervio glossofaríngeo, englobando la carótida primitiva, el bulbo, carótida externa e interna, y siendo necesario, asimismo, la ligadura y sección de la carótida externa.

**Material y Método:** La paciente es dada de alta al 4º día postoperatorio, presentando voz bitonal y disfagia para líquidos. En la revisión al 6º mes de la intervención, la paciente se ha recuperado de los déficits neurológicos, presentando permeabilidad de arteria carótida interna y sin tumor residual por TAC.

**Comentarios:** La embolización preoperatoria de los tumores glómicos pueden permitir la resección de tumoraciones extensas por parte del cirujano vascular, a través de una vía de abordaje tradicional.

E-mail: *irene.rastrollo.s@gmail.com*

**Autor/es:** *García Blanco, VE.; Osorio Lozano, D.; Maazouzi, EM.; Arribas Aguilar, FN.; Rodríguez Piñero, M.*

**Centro:** *Hospital Universitario Puerta del Mar.*

**Título:** *Conversión tardía por crecimiento continuado del saco aneurismático*

**Introducción:** La reparación endovascular de los aneurismas (EVAR) ha demostrado ser una técnica segura y eficaz (90% de los casos). En ocasiones se presentan complicaciones que requieren conversión a cirugía abierta, aumentando la morbi-mortalidad del procedimiento.

**Caso clínico:** Varón de 80 años, con fibrilación auricular anticoagulada, cardiopatía isquémica revascularizada y hepatopatía por virus C. En 2005 se interviene en otro centro de AAA mediante endoprótesis bifurcada Talent®. En TAC de control en 2010, aumento del saco aneurismático por una posible fuga tipo III. Extensiones rectas Endurant® en cada rama de la endoprótesis y embolización de ramas de las arterias hipogástricas. Controles anuales sin crecimiento del saco. En febrero 2014 ingresa de urgencia por dolor abdominal. TAC con hematoma adventicial en saco que se extiende hasta iliaca sin fuga activa y aumento del saco. Colocación de extensión Endurant II® a iliaca común distal en MID y a inicio de iliaca externa. Control anual con aumento importante del saco aneurismático sin observarse fuga de contraste. En julio de 2015 se realiza explante de endoprótesis y bypass aortobiliaco. Postoperatorio complicado con shock hemorrágico que requiere intervención, descompensación hidrópica, insuficiencia renal prerrenal y bacteriemia por *Pseudomona Aeruginosa* entre otras.

### **Material y Método:**

**Comentarios:** -EVAR es seguro y eficaz aunque no existen resultados sobre su durabilidad y complicaciones a largo plazo. -Muchas de éstas se pueden tratar por vía endovascular. Las conversiones tardías presentan una morbi-mortalidad mayor que la cirugía aortica primaria.

E-mail: [victoriagarciablanco@outlook.es](mailto:victoriagarciablanco@outlook.es)

**Autor/es:** G. Alonso-Argüeso, A. Rodríguez-Morata, B. Vera Arroyo, Mj. Lara-Villoslada, R. Gomez-Medialdea

**Centro:** Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga)

**Título:** Tratamiento endovascular de fistula carótido-yugular compleja. Una técnica de recurso

**Introducción:** La incidencia de fistulas carótido-yugulares adquiridas ha aumentado con el empleo de técnicas invasivas; no obstante sigue siendo una entidad infrecuente.

**Caso clínico:** Varón 72 años. Dislipemia. HTA. Diabetes Mellitus. TVP poplitea en MII. Ingresa en COT para extirpación de sarcoma pleomórfico en MII (desarticulación coxo-femoral) En el postoperatorio comienza con clínica de insuficiencia cardiaca derecha aguda

**Material y Método:** A la auscultación se apreciaba soplo continuo 3/6 en región latero-cervical derecha. Con eco doppler de TSA se aprecia una fistula carótido-yugular, confirmada con TC. Se decide tratamiento endovascular con stent recubierto para sellar la fistula: Punción AFC derecha retrógrada. Dificultad navegación en carótida común. Técnica “through and through” desde ATS. Colocación stent (Viabahn®) 10x50 mm

**Comentarios:** El manejo endovascular de estas lesiones en sector cervical simplifica el procedimiento minimizando riesgos. La técnica “through and through” supone un recurso para la navegación en arcos aórticos hostiles.

E-mail: [arguesovascular@gmail.com](mailto:arguesovascular@gmail.com)

**Autor/es:** X. Admettler-Castiglione, J. Briones-Estévez, B. Bodega-Marínez, S. Martínez-Melendez.

**Centro:** Servicio de Angiología y Cirugía Vascular Hospital General de Castellón

**Título:** Malformación vascular dependiente de arteria isquiática persistente

**Introducción:** Durante el desarrollo embriológico la arteria isquiática es responsable del aporte arterial del miembro inferior. Al desarrollarse la AFS, involuciona la arteria isquiática. La arteria isquiática persistente asocia complicaciones aneurismáticas, malformaciones arteriovenosas, rotura por degeneración... Su incidencia es 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 hueco poplíteo en combinación con un aneurisma poplíteo verdadero.

**Caso clínico:** Mujer 68 años sin antecedentes de interés.

Remitida a consultas externas desde hospital de origen con angioTAC que informa: "extensa malformación arteriovenosa por vertiente posterior de glúteo y muslo derecho, con múltiples áreas de calcificación finalizando en gran pseudoaneurisma en hueco poplíteo proximal con conexión con AFS. Se aprecia aneurisma poplíteo de 3 cm de diámetro."

A la exploración física encontramos en muslo derecho: gran masa medial, profunda, no pulsátil, simulando un aneurisma de AFS. Pulsos conservados.

Descartado origen neoplásico 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 + by-pass de AFS a tercera poplíteo con VSI invertida.

Estudio anatomopatológico negativo para células tumorales malignas.

Al año de seguimiento by-pass permeable y ausencia de recidiva de masa vascular.

**Material y Método:** -

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

E-mail: [xadmettler@hotmail.com](mailto:xadmettler@hotmail.com)

# NOTAS

---



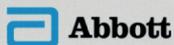
# XXXI CONGRESO

SOCIEDAD ANDALUZA ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR

## SOCIOS PROTECTORES



## STANDS



## COLABORADORES

