

32

CONGRESO

SOCIEDAD ANDALUZA DE ANGIOLOGÍA
Y CIRUGÍA VASCULAR

2016 MÁLAGA
24 al 26 NOVIEMBRE

PROGRAMA

SEDE HOTEL BARCELO MÁLAGA

Estación Vialia María Zambrano

Calle Héroe de Sostoa, 2 · 29002 Málaga

Tlf. +34 952 047 494 / +34 952 314 065

Coordenadas Latitud: N 36.711435° / Longitud: W -4.431191°



SOCIEDAD ANDALUZA
DE ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR
www.sacva.es



**U. Gestión Clínica Intercentros
del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular**
Hospitales Universitarios, Regional y Virgen de la Victoria - Málaga

Málaga, 6 de noviembre de 2016

32 CONGRESO
SOCIEDAD ANDALUZA DE ANGIOLOGÍA
Y CIRUGÍA VASCULAR

Estimadas compañeras y compañeros:

El equipo formado por el Comité Organizador y la Junta Directiva de la Sociedad Andaluza de Angiología y Cirugía Vascular (SAA y CV), ha preparado el 32 Congreso de nuestra sociedad, que esperamos sea de vuestro agrado.

Desde el comité organizador del 32 Congreso de la SAA y CV, te damos la bienvenida a nuestra ciudad y agradecemos tu asistencia, así como el trabajo de preparación a los que participan con comunicaciones y ponencias, pero sobre todo queremos animaros a la intervención en los debates, para que todos nos enriquezcamos y sigamos mejorando la atención sanitaria que prestamos a los pacientes.

Por último, deseamos que la estancia en la ciudad de Málaga, que ha sido remodelada en su casco histórico, muelle uno e incorporado nuevos museos, os deje un grato recuerdo.

Recibid mi reconocimiento y un fuerte abrazo.



Rafael Gómez Medialdea

Coordinador 32 Congreso de la SAA y CV.

Jefe de servicio y director UGCI. Hospitales Regional y Virgen de la Victoria. Málaga



JUNTA DIRECTIVA

Dr. Manuel Rodríguez Piñero
Presidente

Dr. Fco. Javier Martínez Gámez
Vicepresidente y Tesorero

Dr. David Carrasco de Andrés
Secretario

VOCALES

Dr. Rodrigo Eduardo Yoldi Bocanegra *Almería*

Dra. Antonella Craven-Bartle Coll *Cádiz*

Dr. Rafael Peñafiel Marfil *Córdoba*

Dr. Luis Miguel Salmerón Febres *Granada*

Dra. Ana Montes Muñoz *Huelva*

Dr. José Enrique Mata Campos *Jaén*

Dr. Juan Pedro Reyes Ortega *Málaga*

Dr. Andrés García León *Sevilla*

COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. David Carrasco de Andrés

Dra. Silvia Lozano Alonso

Dr. Juan Pedro Reyes Ortega

Dra. Rosario Conejero Gómez

COMITÉ ORGANIZADOR DEL CONGRESO

Dr. Rafael Gómez Medialdea *Coordinador*

Dra. Rocío Merino Sanz

Dr. Juan José Jiménez Ruano

Dra. Mónica Gallegos Vidal

Dr. Juan Pedro Reyes Ortega

Dra. María Jesús Lara Villoslada

Dra. Blanca Vera Arroyo

Dra. Milvia García López

Dr. Gonzalo Alonso Argüeso

Dra. Alejandra Bravo Molina

MODERADORES

Dr. Gonzalo Alonso Argüeso, *Hospitales Universitarios Regional y Virgen de la Victoria, Málaga*

Dr. David Carrasco de Andrés, *Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería*

Dra. Rosario Conejero Gómez, *Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz*

Dr. Rafael Gómez Medialdea, *Hospitales universitarios Regional y Virgen de la Victoria, Málaga*

Dra. María Jesús Lara Villoslada, *Hospitales Universitarios Regional y Virgen de la Victoria, Málaga*

Dra. Silvia Lozano Alonso, *Complejo Hospitalario de Granada*

Dr. Javier Martínez Gámez, *Complejo Hospitalario, Jaén*

Dr. Juan Pedro Reyes Ortega, *Hospitales universitarios Regional y Virgen de la Victoria, Málaga*

Dr. Manuel Rodríguez Piñero, *Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz*

Dra. Blanca Vera Arroyo, *Hospitales universitarios Regional y Virgen de la Victoria, Málaga*

COMITÉ DE HONOR

Excm. Sra. Dña. Susana Díaz Pacheco

Presidenta de la Junta de Andalucía

Excmo. Sr. Aquilino Alonso Miranda

Consejero de Salud de la Junta de Andalucía

D. Francisco de la Torre Prados

Excmo. Sr. Alcalde-Presidente de Málaga

Ilma. Sra. D^a Ana Isabel González de la Torre

Delegada Territorial de Igualdad, Salud y Políticas Sociales en Málaga

Dr. D. J. Emiliano Nuevo Lara

Director Gerente de los Hospitales Universitarios Regional y Virgen de la Victoria. Málaga

Dr. D. José Antonio Medina Carmona

Director Médico de los Hospitales Universitarios Regional y Virgen de la Victoria. Málaga

SECRETARÍA TÉCNICA

VIAJES El Corte Inglés S.A. División Congresos

Tlf. +34 958 53 68 20 / +34 958 53 68 21

Fax +34 958 25 48 92

Horario: Lunes a viernes, de 09:00 a 18:00 horas

congresosgranada@viajeseci.es

SEDE

HOTEL BARCELO MÁLAGA

Estación Vialia María Zambrano

Calle Héroe de Sostoa, 2 29002 Málaga

Tlf. +34 952 047 494

+34 952 314 065

Coordenadas

Latitud: N 36.711435°

Longitud: W -4.431191°



PROGRAMA

JUEVES, 24 DE NOVIEMBRE

19.00 ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN

20.30 COCKTAIL DE BIENVENIDA en el Hotel Barceló

VIERNES, 25 DE NOVIEMBRE

8.30 I MESA DE COMUNICACIONES ORALES

Moderadores: *Dra. Rosario Conejero Gómez y Dr. Juan Pedro Reyes Ortega*

10.00 SIMPOSIO

Actualización en soluciones endovasculares para la aorta abdominal

· ChEVAS como alternativa en Aneurismas Yuxtarenales

Dr. Raúl García Casas. Servicio del Complejo Hospitalario Universitario, Pontevedra

· Tratamiento de Patología Aortoiliaca Isquémica con endoprótesis bifurcada

Dr. José María Egaña Banerrecea. Hospital Universitario de Donostia, San Sebastián

11.00 INAUGURACIÓN OFICIAL

11.30 Descanso, café y visita a los stand

12.00 MESA REDONDA.

Patología de la Aorta Toracoabdominal: Soluciones para los Aneurismas Toracoabdominales

Moderador: *Dr. Rafael Gómez Medialdea*

· Endoprótesis fenestradas y con ramas

Dr. Mariano de Blas Bravo. Hospital Universitario de Donostia, San Sebastián

· Tratamiento híbrido, chimeneas y conductos paralelos

Dr. Frank Criado. Hospital Memorial de Baltimore, Maryland. USA

· Cirugía abierta con prótesis toracoabdominal

Dr. Javier Serrano Hernando. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

· Cirugía endovascular en el arco aórtico

Dr. Manuel Alonso Pérez. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

14.30 LUNCH SIMPOSIO Gore / Medtronic-CSA

1. Gore

· Preservación de la arteria hipogástrica. Que aporta el dispositivo IBE

Dr. Manuel Alonso Pérez, Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

· Técnicas avanzadas en tratamiento de la enfermedad oclusiva iliaca

Dr. Lino Antonio Clambor Santervas, Hospital General de Asturias

2. Medtronic/CSA: Tecnologías aplicadas al tratamiento venoso y nuevos desarrollos.

- Radiofrecuencia, procedimiento venefit. 5 años experiencia, resultados clínicos, estudios coste-eficacia
- Procedimiento venaseal: 3 años de experiencia, revisión de resultados clínicos y estudio coste eficacia
- Stent venoso

17.30 Descanso, café y visita a los stand

18.00 CONFERENCIAS MAGISTRALES

Desde la historia a la innovación en cirugía endovascular

Presenta: *Dr. Javier Martínez Gámez, Complejo Hospitalario, Jaén*

- **Visión desde América**

Dr. Franck Criado. Expresidente Sociedad Internacional de Especialistas Endovasculares (ISES) y de la Sociedad de Cirugía Endovascular de Latinoamérica (CELA)

- **Visión desde España**

Dr. Eduardo Ros Díe. Expresidente Sociedad Andaluza de Angiología y Cirugía Vascular y del Capítulo de Cirugía Endovascular

18.30 PRESENTACIÓN de tesis doctorales en Angiología y Cirugía Vascular. Propuesta de nuevas líneas de investigación e innovación

Presenta: *Dr. Manuel Rodríguez Piñero*

1. Tesis doctoral: Evaluación de la eficacia de un dispositivo neumático para prevenir alteraciones venosas en los viajes aéreos.

Dr. Fidel Fernández Quesada, Complejo Hospitalario de Granada

2. Tesis doctoral: Marcadores inflamatorios en patología carotídea y arterial periférica, efectos de estatinas y antagonistas del calcio.

Dra. Rosario Conejero Gómez, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

3. Tesis Doctoral: Evaluación de la capacidad de difusión tisular de diferentes antibióticos en función del grado de isquemia.

Dra. Silvia Lozano Alonso, Complejo Hospitalario de Granada

4. Plan actual para la obtención de grado de doctor.

Dra. Alejandra Bravo Molina, Hospitales Universitarios Regional y Virgen de la Victoria, Málaga

21.30 CENA LIBRE

SABADO, DIA 26 DE NOVIEMBRE DE 2016

8.30 II MESA DE COMUNICACIONES ORALES

Moderadores:

Dr. David Carrasco de Andrés

Dr. Gonzalo Alonso Argüeso

10.00 SIMPOSIO Biotronik. ¿Stent, balón farmaco-activo ó ambos? el rol del DCB y stent en el tratamiento de la SFA

- El rol del stent en el tratamiento de la SFA: Aspectos técnicos a tener en cuenta.

Dr. Manuel Rodríguez Piñero. Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

- ¿Es el DCB suficiente en el tratamiento de la EAP a nivel de la SFA? Cuándo y cómo.

Dr. Jorge Cuenca Manteca. Complejo Hospitalario de Granada

- Terapia combinada: Tratamiento racional y evidencia clínica.

Dr. Luis Miguel Salmerón Febres. Complejo Hospitalario de Granada

11.00 Descanso, café y visita a los stand

11.30 MESA REDONDA

Novedades diagnóstico-terapéuticas en endofugas después de endoprótesis vasculares.

Moderadora: *Dra. María Jesús Lara Villoslada*

- Diagnóstico por las pruebas de imagen

Dr. Mariano de Blas Bravo, Hospital Universitario de Donostia, San Sebastián

- Cuándo y cómo tratar las endofugas dependientes de la endoprótesis

Dr. Luis Miguel Salmerón Febres, Complejo Hospitalario Granada

- Cuándo y cómo tratar las endofugas de las zonas de anclaje

Dr. Alejandro Rodríguez Morata, Hospital Quirón, Málaga

- Cuándo y cómo tratar las endofugas relacionadas con las colaterales del vaso tratado

Dr. Andrés García León, Hospital de Valme, Sevilla

14.00 LUNCH SIMPOSIO. Boston Scientific. La revolución en el tratamiento de la enfermedad arterial periférica mediante las tecnologías liberadoras de fármaco: de la evidencia a la eficiencia económica

Moderador: *Luis Carlos Hernández, Bussines Unit Manager, Cluster Sur, Boston Scientific*

- Eluvia - Plataforma Liberadora de Droga

Fco. Fdez.-Turégano, Product Manager Intervencionismo Periférico, Boston Scientific

- Majestic Trial - 2 Years Follow up

Dr. Juan Díaz-Cartelle, Sr. Medical Director PI, Boston Scientific

- Criterios de uso y experiencia con Eluvia DET Stent

Dra. Mercedes Guerra, Hospital de Guadalajara

Dr. Manuel Rodríguez Piñero, Hospital Puerta del Mar, Cádiz.

16.30 **MESA DE POSTERS**

Moderadores:

Dra. Silvia Lozano Alonso

Dra. Blanca Vera Arroyo

ASAMBLEA EXTRAORDINARIA de la SAA y CV

18.00 1ª convocatoria

18.15 2ª convocatoria

ASAMBLEA ORDINARIA de la SAA y CV

18.30 1ª convocatoria

18.45 2ª convocatoria

21.30 **CENA DE CLAUSURA Y ENTREGA DE PREMIOS CIENTÍFICOS**

PLANO DE SITUACIÓN DE LA EXPOSICIÓN COMERCIAL



Los stand están situados en la zona de coffee break y área de poster.

I MESA DE COMUNICACIONES ORALES

1

¿AUMENTA NUESTRA ESTANCIA MEDIA HOSPITALARIA POR LA HTA NO CONTROLADA?

Autor/es: *García López, M., Losada Mora, P., Garrido Castro, A.M., Carrillo Linares, J.L.*

Centro: Hospital Virgen de la Victoria, Málaga. 1. Cirugía Vascular y Angiología. 2. Cardiología. 3. Medicina Interna.

Objetivo: Analizar si la EM de los pacientes hipertensos conocidos ingresados en CV difiere de la EM de los no hipertensos.

Material y Método: Análisis descriptivo de pacientes ingresados en CV que sufrieron alguna descompensación médica que precisó avisar a Medicina Interna o Cardiología. Se calculó la EM de dos grupos: pacientes con y sin HTA conocida.

Resultados: Desde 03/2011 a 03/2015 se realizan 198 interconsultas desde CV a un equipo de Medicina Interna y Cardiología. La EM fue de 20,2 días. 159 (80,3%) eran HTA conocidos. La EM de este subgrupo fue de 21,4 días. La EM del grupo de pacientes descompensados no hipertensos fue de 15,5 días. Documentación Clínica aportó la EM de todos los pacientes de CV durante ese periodo (incluidos los 198 valorados); correspondía a 12,1. Esto probablemente se explica dado que los profesionales de la Unidad de CV no realizan interconsultas en pacientes sin patologías médicas descompensadas o con posibilidad de descompensarse. Sin embargo, la EM en los tres años previos a la participación del equipo es de 13,8, 16 y 13,3.

Conclusiones: Aunque deben considerarse otras variables, la EM de CV disminuye desde que los pacientes descompensados reciben valoración y seguimiento por un equipo médico específico. 4/5 ingresados en CV presentan antecedentes de HTA. Su EM es muy superior a la de los no hipertensos. Ambos subgrupos presentan una EM superior a la global pero es más llamativo en los hipertensos. Los datos parecen apuntar a una relación entre los antecedentes de HTA y un aumento de la EM.

E-mail: *alfonsomgc@hotmail.com*

2

ANEMIA EN CIRUGÍA VASCULAR. FACTOR PREDICTOR DE MUERTE Y EVENTOS CARDIOVASCULARES

Autor/es: Esteban Gracia, C., Salmerón Febres, L.M., Escudero Rodríguez, J.R., Clará Velasco, A., Fernández Heredero, Á.

Centro: Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona(1), Complejo Hospitalario Universitario de Granada(2), Hospital de San Pablo(3), Hospital del Mar. Barcelona(4). Hospital La Paz. Madrid(5)

Objetivo: evaluar la relación de los niveles de hemoglobina (Hb) preoperatoria con la aparición de eventos cardiovasculares y/o muerte, en el postoperatorio y a un año, en pacientes sometidos a cirugía vascular electiva.

Material y Método: estudio observacional, retrospectivo, transversal y multicéntrico. Se incluyen pacientes intervenidos por aneurismas aortoiliacos o periféricos, revascularización de extremidades inferiores y amputaciones durante febrero y marzo de 2014 en 12 unidades de cirugía vascular. Analizamos factores de riesgo habituales y Hb preoperatoria. Con un seguimiento mínimo de un año se registró mortalidad, eventos cardiovasculares mayores (ECV) y cifras de Hb. El análisis descriptivo de los datos se hizo en función del tipo de variable. El análisis de supervivencia mediante estimadores de Kaplan-Meier y test de log-rank. Análisis multivariante mediante regresión logística para evaluar factores que pudieran influir en la mortalidad.

Resultados: 518 pacientes completaron el seguimiento (medio 14,5 meses). La prevalencia de anemia preoperatoria fue 53,4% y al año del 64,7%. Mortalidad 21,4%. Tasa ECV 34,2%. La Hb preoperatoria ≥ 10 gr/dl implicó mayor mortalidad a 30 días (96,4% vs 90,5%) y a 12 meses (86,2% vs 78,6%). Los pacientes con Hb ≥ 10 gr/dl sufrieron más amputaciones (31,2% vs 8,0% $p < 0,0001$). Multivariante: por cada unidad de Hb preoperatoria aumentada la probabilidad de muerte es 0,81 veces menor.

Conclusiones: La prevalencia de anemia preoperatoria es elevada y es superior tras un año de la cirugía. La Hb ≥ 10 se asocia especialmente a las amputaciones. La Hb preoperatoria influye de forma independiente en la mortalidad de forma gradual.

E-mail: carlosestebangracia@gmail.com

3

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE PSEUDOANEURISMAS TARDÍOS DE AORTA TORÁCICA TRAS REPARACIÓN QUIRÚRGICA DE COARTACIONES DE AORTA

Autor/es: Cobo Picón, L., Duque Santos, Á., Reyes Valdivia, A., Osorio Ruíz, A., Gandarias Zúñiga, C.

Centro: Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid

Objetivo: Los pseudoaneurismas tardíos tras reparación quirúrgica de coartaciones aórticas se desarrollan entre un 5% y 12% de pacientes. La reparación quirúrgica secundaria abierta conlleva una tasa de mortalidad intrahospitalaria de aproximadamente 14%, elevada morbilidad: lesión nerviosa recurrente laringeo 20% y nervio frénico 5%.

Material y Método: Caso1: Varón 45 años hipertenso, intervenido de aortoplastia por CA en la infancia. Consulta por tos y disnea de esfuerzo. Caso 2: Varón 38 años, hipertenso y CA, intervenido de 3 aortoplastias, y posterior angioplastia percutánea. Caso1: Angio-TC muestra pseudoaneurisma en aorta torácica desde el origen de la Arteria subclavia izquierda de 78mm de diámetro. Se decide tratamiento híbrido: bypass carótido-carotídeo-subclavio izquierdo más endoprótesis MedtronicValiant®, enrasada a la arteria carótida izquierda y amplatzer en subclavia izquierda. Caso2: Angio-TC muestra pseudoaneurisma de aorta torácica post-coartación con diámetro 45mm. Se decide tratamiento híbrido: bypass carótido-carotídeo-subclavio izquierdo, seguido de endoprótesis CP®, enrasada al tronco braquiocefálico.

Resultados: Caso 1: Postoperatorio presentó dolor torácico. Angio-TC evidencia fuga tipo IIIa e infarto pulmonar (oclusión de colaterales bronquiales). Se implanta nueva endoprótesis Valiant. Control 3 meses después objetiva exclusión aneurismática. Caso 2: Postoperatorio satisfactorio. A los 3meses se observa aneurisma excluido y bypass permeables.

Conclusiones: Los pseudoaneurismas tras reparación quirúrgica por coartación aparecen en la zona intervenida con extensión proximal. Difiere de los aneurismas degenerativos en las características morfológicas del arco aórtico, por tratarse de pacientes jóvenes. El tratamiento endovascular, representa una opción terapéutica válida debido a su menor morbi-mortalidad, siendo necesario individualizar cada caso.

E-mail: lcobopic@gmail.com

EXTENSIÓN DE LA COBERTURA AÓRTICA EN EL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LAS DISECCIONES AÓRTICAS TIPO B

Autor/es: *Herrera Mingorance, J.D., Ros Vidal, R., Lozano Alonso, S., Ros Die, E., Salmerón Febres, L.M.*

Centro: UGC de Angiología y Cirugía Vascular. Complejo Hospitalario de Granada.

Objetivo: Determinar las diferencias clínicas y de remodelado aórtico según la amplitud de cobertura aórtica realizada en el tratamiento endovascular de las disecciones tipo B de Stanford.

Material y Método: Estudio analítico retrospectivo sobre 68 pacientes (8 mujeres, 11.6%) con una edad media de 61.1 ± 11.1 años, intervenidos de manera endovascular entre los años 2003-2016 por disección aórtica aguda/subaguda (DAA, $n=45$) o crónica (DAC, $n=23$). Se recogen variables demográficas y patologías concomitantes, procedimiento realizado, complicaciones, morbilidad y remodelado aórtico durante el seguimiento. Se divide la muestra en aquellos con sellado exclusivo de la puerta de entrada de la disección en aorta torácica (grupo 1, G1, 22 DAA, 23 DAC) y aquellos con un sellado más extenso (grupo 2, G2, 12 DAA, 11 DAC). Se comparan G1 y G2 en DAA y DAC por separado.

Resultados: El seguimiento para las DAA fue de 34.6 ± 43.3 meses. Se encontraron diferencias en la creatinina basal (G1: 1.12 ± 0.37 , G2: 1.54 ± 0.73 , $p=0.02$), el uso de contraste (G1: 183.3 ± 107.8 cc, G2: 283.4 ± 111.6 cc, $p=0.03$), la paraplejia (G1: 9.8%, G2: 0%, $p=0.06$) e isquemia aguda (G1: 18.2%, G2: 0%, $p=0.03$) postoperatorias, el fracaso renal agudo (G1: 22.5%, G2: 55.9%, $p=0.02$) y el ingreso prolongado (G1: 17.7 ± 11.5 días, G2: 11.3 ± 5.3 días, $p=0.03$). No hubo diferencias en la morbilidad y reintervenciones. El remodelado aórtico fue mayor en el G2, especialmente en aquellos con stent transvisceral ($n=11$) y en las DAA comparadas con las DAC. La degeneración aneurismática fue menor en G2 (G1: 18.2%, G2: 4.3%, $p=0.06$).

Conclusiones: Según nuestra serie la cobertura aórtica amplia en las DAA se asocia a un mejor remodelado aórtico con menor riesgo de isquemia medular y de miembros inferiores, así como de degeneración aneurismática durante el seguimiento, sin diferencias en cuanto a la morbilidad.

E-mail: *damianherrer@gmail.com*

ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL ROTO: ¿EVAR BIFURCADO O AORTO-MONOILIACO?

Autor/es: Herrera Mingorance, J.D., Linares Palomino, J.P., Hebberecht López, M., Cuenca Manteca, J.B., Salmerón Febres, L.M.

Centro: UGC de Angiología y Cirugía Vascular. Complejo Hospitalario de Granada.

Objetivo: Comparar la morbilidad y necesidad de reintervención durante el seguimiento de pacientes intervenidos de aneurisma de aorta abdominal roto (AAAr) mediante colocación de endoprótesis bifurcada o aorto-monoiliaca.

Material y Método: Evaluación retrospectiva de 75 pacientes con AAAr tratados mediante EVAR aortomonoiliaco (G1:55 pacientes) o bifurcado (G2:20 pacientes) entre los años 2008-2015. Se excluyeron aquellos con aneurismas toracoabdominales, supra y yuxtarenales y los intervenidos mediante cirugía aórtica abierta. Se recogieron datos demográficos, comorbilidades, morfología del aneurisma, shock al ingreso (TAS<80mmHg y/o síncope), variables intraoperatorias, tiempos de estancia, éxito técnico, necesidad de reintervención, detección de endofugas y muerte. Se analizaron los datos empleando el paquete estadístico spss.

Resultados: 75 pacientes (3 mujeres,3.9%) con edad media de 75.8±8.6 años y seguimiento de 28.5 (1-120) meses. Se observaron diferencias en la edad (G1:76.9±8.2años,G2:72.6±9.4años,p=0.05), el shock al ingreso (G1:51.9%, G2:15%,p<0.01), diámetro máximo del aneurisma (G1:78.3±18.4mm,G2: 66.9±20.4mm,p=0.03), la mortalidad intrahospitalaria (G1:45.5%, G2:20%,p<0.04), así como la necesidad de reintervención durante el seguimiento (G1:28.8%,G2:12.5%,p=0.08). La presencia de shock al ingreso, Sdr compartimental y Hb<8 g/dL fueron predictores independientes de mortalidad en el análisis multivariante. Analizando sólo a pacientes sin shock al ingreso (G1:n=26,G2:n=17), no existieron diferencias en cuanto a la mortalidad, persistiendo la diferencia en cuanto a reintervenciones (G1:30.8%,G2:15.5%,p=0.08).

Conclusiones: Según nuestra serie, el uso de endoprótesis bifurcadas en pacientes con AAAr hemodinámicamente estables no implica mayor mortalidad, tiempo quirúrgico o necesidad de hemoderivados durante la cirugía, con menor índice de reintervenciones durante el seguimiento.

E-mail: damianherrer@gmail.com

DISPOSITIVO AMPLATZER COMO RECURSO PARA LA OCLUSIÓN VASCULAR EN DISTINTAS PATOLOGÍAS

Autor/es: Robles Martín, M.L., Moreno Reina, A., Castillo Martínez, E.M., Núñez de Arenas Baeza, G., García León, A.

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

Objetivo: Los Amplatzer (AVP) pueden ser una buena alternativa frente a otros materiales de embolización. Son reposicionables, consiguiendo la oclusión permanente del vaso tratado, minimizando el riesgo de migración. Analizamos nuestra experiencia, valorando su eficacia y seguridad en distintas aplicaciones.

Material y Método: Revisamos retrospectivamente nueve casos (2007- 2016). Se aplicaron como ocluidor vascular en diferentes localizaciones: prevención de endofuga en arteria hipogástrica; vena hipogástrica insuficiente en síndrome de congestión pélvica; dos casos de endoprótesis aórtica monoiliaca ocluyendo AIC contralateral; cierre de FAV renal en paciente con nefrectomía previa; insertado en degeneración aneurismática de bypass protésico extraanatómico desde Aorta ascendente hasta femorales; en A. subclavia izquierda previo a reparación de endofuga tipo III de prótesis torácica; para ocluir muñón aórtico aneurismático en paciente con trombosis aórtica secundaria a enfermedad reumática; por último se empleó en lo que parecía un pseudoaneurisma de la arcada pancreático duodenal en paciente con múltiples cirugías oncológicas abdominales. El seguimiento fue por AngioTC.

Resultados: En el 77 % de los casos realizamos un único procedimiento con la inserción de un solo AVP consiguiendo la oclusión del vaso tratado. En el caso del muñón aórtico fue necesario un segundo procedimiento al año, colocando un nuevo AVP junto a coils por crecimiento. En el último caso, seguía manteniendo flujo presentando una imagen compatible con recidiva neoplásica.

Conclusiones: Este dispositivo ha conseguido, en la mayoría de los casos, una oclusión efectiva. Su uso puede reducir la necesidad de otros materiales asociados, siendo eficiente. Gracias a las mejoras en su diseño son un recurso a considerar en diferentes indicaciones.

E-mail: marisaroma2@gmail.com

EL SÍNDROME DE LERICHE EN EL PACIENTE JOVEN. CIRUGÍA ABIERTA VS TRATAMIENTO ENDOVASCULAR. NUESTRA EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS

Autor/es: Maazouzi, E.M., Doiz Artázcoz, E., Ruales Romero, A., García Blanco, V., Rodríguez Piñero, M.

Centro: HUPM CADIZ

Objetivo: El síndrome de Leriche se define por la ausencia de pulsos femorales, claudicación y disfunción eréctil. Afecta a varones ateroscleróticos entre 60 y 75. Presentamos una revisión de los casos tratados en pacientes jóvenes en nuestro servicio en los últimos 15 años.

Material y Método: Se incluyeron 59 pacientes, todos ellos fumadores.

Resultados: Factores de riesgo: dislipemia (37,2%), HTA (30,5%), DM (22,03%). El 27% presentan componente aneurismático. El motivo de ingreso más frecuente es claudicación invalidante y dolor de reposo. Exploraciones complementarias: arteriografía y angioresonancia. Se intervinieron 51 pacientes: 36 Bypass aortobifemoral, 8 extraanatómico y 7 endovascular. Tasa de permeabilidad al año y a los 5 años: Bypass aorto-bifemoral, 77,7% y 74% frente endovascular 85,71% y 42,85%. Tasa de amputación mayor varía según la edad. Entre 30-40 años, 50 % (100% en los aneurismáticos). Entre 40-50 años, 33,3% de amputación mayor (75 % en los aneurismáticos) y entre 50-60 años, 11% (11% en los aneurismáticos).

Conclusiones: -La elección de la técnica quirúrgica se realiza en función del tipo de lesión y comorbilidad del paciente. -Las tasas de permeabilidad y de amputación son peores en pacientes aneurismáticos. - Nuestros resultados son similares a los publicados en la literatura.

E-mail: maazouzim@hotmail.fr

ENDOPRÓTESIS ILIACA RAMIFICADA. UNA ESTRATEGIA DE PRESERVACIÓN DE LA ARTERIA HIPOGÁSTRICA

Autor/es: Hebberecht López, M., Lozano Alonso, S., Cuenca Manteca, J.B., Ros Vidal, R., Salmerón Febres, L.M.

Centro: Complejo Hospitalario de Granada

Objetivo: Describir los resultados obtenidos en nuestro centro con la utilización de endoprótesis ilíacas ramificadas en el tratamiento de aneurismas aorto-ilíacos que se extienden más allá de la bifurcación con el fin de preservar la arteria hipogástrica.

Material y Método: Estudio retrospectivo en el que se incluyen 12 pacientes con patología aneurismática del sector aorto-ilíaco intervenidos entre Marzo de 2013 y Septiembre de 2016. Se realizó un seguimiento clínico, ecográfico y con TAC con contraste al 1,6,12 y 24 meses. Las variables estudiadas incluyeron el éxito técnico, la permeabilidad, complicaciones agudas y tardías, endofugas, tasa de reintervención y mortalidad.

Resultados: Se implantaron 12 endoprótesis ilíacas ramificadas en 12 pacientes y en 5 de ellos además se embolizó la arteria hipogástrica contralateral. Todos ellos eran varones con una edad media de 68,5 +/-4,3 años. En 11 casos se asoció una endoprótesis aórtica bifurcada. Se obtuvo un éxito técnico de un 91,7%. El seguimiento medio fue de 13 meses. La tasa de complicaciones fue de un 25%, 1 trombosis intraoperatoria del dispositivo, y 2 pacientes con endofuga que se detectó en el seguimiento. La permeabilidad a los 12 meses fue de un 91,7% sin mortalidad ni eventos isquémicos.

Conclusiones: Las endoprótesis ilíacas ramificadas son una opción de tratamiento endovascular que permite la exclusión de aneurismas aortoiliacos preservando la arteria hipogástrica, evitando complicaciones especialmente en pacientes que precisan embolización bilateral, con resultados satisfactorios a corto y medio plazo.

E-mail: marina.vascular@gmail.com

TIPOLOGÍA DE LESIONES CAROTÍDEAS Y SU IMPACTO SOBRE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA

Autor/es: Aragón Ropero, P.P., Manresa Manresa, F., Villar Jiménez, S., Bataller de Juan, E., Gómez Ruiz F.T.

Centro: Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivo: Evaluar una clasificación topográfica y morfológica de lesión carotídea en pacientes sometidos a endarterectomía carotídea subintimal por patología oclusiva.

Material y Método: Análisis retrospectivo de 82 pacientes intervenidos por endarterectomía carotídea subintimal. Atendiendo a los hallazgos con Ecodoppler y AngioTAC de TSA, se definen, en función de la topografía de la lesión, tres segmentos. I: afectación de bulbo, carótida interna y externa. II: afectación de bulbo y carótida interna. III: sólo afecta carótida interna. En relación con la extensión de la lesión, establecemos dos tipos. A: lesiones menor de 1 cm de longitud. B: mayor de 1 cm. Por la morfología de la placa se establecen tres categorías. 1: homogénea, lisa, regular en superficie. 2: mixta en composición y superficie, ecogenicidad media. 3: hipoecoica, irregular en superficie, heterogénea en composición. Se realiza técnica quirúrgica de endarterectomía subintimal bajo anestesia locoregional, requiriendo en 6 pacientes uso de shunt, 4 pacientes cierre con parche, 4 conversión a anestesia general y 2 anestесias generales de inicio.

Resultados: Las complicaciones encontradas son: 1 éxitus peroperatorio, 1 éxitus tardío por neumonía, 1ACV perioperatorio, 2 lesiones de nervios periféricos, 3 de reestenosis significativas y 2 hematomas expansivos que requieren drenaje.

Conclusiones: La topografía, morfología y extensión de las lesiones carotídeas pueden condicionar la técnica quirúrgica de endarterectomía carotídea, con el fin de minimizar las potenciales complicaciones derivadas de ella.

E-mail: pablo90aragon@gmail.com

II MESA DE COMUNICACIONES ORALES

10

INFLUENCIA DE LA OCLUSIÓN CAROTÍDEA CONTRALATERAL EN LOS RESULTADOS DE LAS ENDARTERECTOMIAS CAROTÍDEAS

Autor/es: *Castillo Martinez, E.M., Robles Martin, M.L., Moreno Reina, A., Moreno Machuca, F.J., Garcia León, A.*

Centro: Hospital Universitario Nuestra Señora De Valme

Objetivo: La seguridad de una endarterectomía carotídea (EDC) en pacientes con oclusión de la carótida contralateral es controvertido. El objetivo de esta revisión es comparar la incidencia de complicaciones neurológicas perioperatorias en pacientes diagnosticados de estenosis carotídea con y sin oclusión carotídea contralateral.

Material y Método: Se realiza un análisis retrospectivo de 206 pacientes sometidos a EDC en el periodo comprendido desde Enero del 2008 hasta Julio del 2016 en nuestro centro asistencial. Se analiza el estado clínico preoperatorio, las complicaciones neurológicas perioperatorias y la mortalidad asociada a la cirugía. Del total de la muestra, 22 pacientes presentaban oclusión carotídea contralateral a la estenosis tratada.

Resultados: De los 206 pacientes intervenidos el 74,7% presentaban síntomas preoperatorios, de los cuales, el 11% (n 17) presentaban oclusión de la carótida contralateral. Del total de pacientes asintomáticos (n 52) el 9,6% (n 5) presentaban oclusión contralateral. La tasa global de ictus fue de 3,3% (n 7), todos ellos en pacientes sin oclusión contralateral. El total de casos de AIT perioperatorios fue de 1,4% (n 3), 2 pacientes sin oclusión y 1 con oclusión contralateral. No hubo casos de mortalidad perioperatoria.

Conclusiones: En nuestra experiencia, los pacientes que se someten a una endarterectomía con oclusión carotídea contralateral no parecen estar en mayor riesgo de incidencia perioperatoria de accidente cerebrovascular y/o muerte o cualquier evento neurológico.

E-mail: *estermelinacastillo.z4@gmail.com*

EXPERIENCIA INICIAL EN EL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMAS AORTOILIACOS CON EL NUEVO DISPOSITIVO ZENITH ALPHA ABDOMINAL®

Autor/es: Plá Sánchez, F., Martínez López, I., Marqués de Marino, P., Cabrero Fernández, M., Serrano Hernando, J.

Centro: Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Objetivo: Existe una mejora continua en los dispositivos endovasculares que permite aumentar el rango de pacientes susceptibles de EVAR. El objetivo del presente estudio es describir la experiencia inicial con el dispositivo Zenith Alpha Abdominal® (ZAA) en el tratamiento de aneurismas aortoiliacos

Material y Método: Se incluyeron pacientes tratados de forma electiva entre Septiembre 2015 y Septiembre de 2016 en los que se implantó el dispositivo ZAA. Se realizó un angio-TC preoperatorio y un control con TAC y eco-doppler al mes. Descripción de características anatómicas, técnica y resultados.

Resultados: Diez pacientes fueron tratados con ZAA, todos varones con edad media de 78,5 años, teniendo el 83% un riesgo ASA III-IV. El diámetro máximo medio del aneurisma fue de 56,5mm, con cuellos de 24,2mm (20-28) de diámetro y 27.4 mm (11-55) de longitud. Cuatro casos requirieron una actuación sobre la hipogástrica (3 branch iliacos, uno bilateral, y una embolización). El éxito técnico fue del 100%, sin complicaciones intraoperatorias relacionadas con la liberación del dispositivo. El tiempo medio de cirugía fue 137min (62-195), con una dosis de radiación recibida de 559 mGy (270-971) y 94,5ml (55-275) de contraste utilizados. La estancia media fue de 3,8 días. No hubo muertes precoces ni reintervenciones, con 3 fugas tipo II en el control al mes.

Conclusiones: LA ZAA es un dispositivo preciso, sencillo en el uso, que ofrece unos buenos resultados precoces, pudiéndose emplear con otros dispositivos como el branch iliaco.

E-mail: ferplasan@gmail.com

CIRUGÍA ABIERTA VS. REPARACIÓN ENDOVASCULAR DE ANEURISMAS DE AORTA ABDOMINAL; RESULTADOS Y MORBIMORTALIDAD EN CASOS REALIZADOS DESDE 2014 HASTA 2016

Autor/es: Ruales Romero, A.M., Conejero Gómez, M.R., Maazouzi, E.M., Arribas Aguilar, F.N., Rodríguez Piñero, M.

Centro: Hospital Universitario Puerta Del Mar, Cádiz

Objetivo: Comparar la eficacia y seguridad de la exclusión endovascular (EVAR) de aneurisma de aorta abdominal con la resección abierta del mismo (OR), utilizando las escalas de riesgo aplicadas por la comisión de endoprótesis con los resultados de morbilidad y mortalidad postquirúrgica.

Material y Método: Se revisan 131 pacientes sometidos a EVAR y OR de forma programada entre el 1 de enero de 2014 hasta el 15 de septiembre de 2016. Se realiza análisis de los factores de riesgo, los score de las escalas POSSUM y escala de riesgo de la SVS. Los resultados se estudian teniendo en cuenta la eficacia de la técnica y la seguridad del procedimiento.

Resultados: Se aplicó el score POSSUM al 69% de pacientes intervenidos mediante EVAR promedio de morbilidad del 28% y mortalidad del 5.4%. La escala de mortalidad de la SVS se aplicó al 86% del EVAR y en el 100% del OR, con un promedio de 4.3%. La tasa de mortalidad a 30 días en ambos grupos fue del 0.05%. Se encontró éxito técnico del 100% de los pacientes, la tasa de reintervención del grupo OR fue del 16% y del 1% en EVAR. Se observaron complicaciones a medio plazo en 41% en OR y en 16% en EVAR.

Conclusiones: Las escalas aplicadas a los pacientes intervenidos por vía endovascular de forma programada infravaloran la morbilidad y sobrestima la mortalidad en el grupo analizado. No existió diferencia en la mortalidad en ambos grupos, la morbilidad fue mayor en los pacientes sometidos a cirugía abierta.

E-mail: anaruales@gmail.com

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO Y ENDOVASCULAR EN PACIENTES CON ARTERITIS DE TAKAYASU

Autor/es: Cobo Picón, L., Romero Lozano, M.A., Reyes Valdivia, A., Aracil Sanus, E., Gandarias Zúñiga, C.

Centro: Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Objetivo: La arteritis de Takayasu (AT) es una vasculitis inflamatoria que puede afectar la aorta y sus ramas, produciendo engrosamiento y fibrosis de pared vascular, llevando finalmente a isquemia y/o aneurismas.

Material y Método: Caso1 (Tipo III): Varón 33 años, hipertenso y monorreno, acude por dolor lumbar. Pseudoaneurisma en muñón arteria renal izquierda tras nefrectomía, y estenosis arteria renal derecha y mesenterica superior (MS) tratado mediante bypass aorto-aórtico, reimplante MS, y bypass aorto-renal derecho. Angio-TC urgente: Pseudoaneurisma de 55 mm en anastomosis proximal bypass aórtico, estenosis tronco celíaco y MS. Caso 2 (Tipo I): Mujer 55 años con síncope e incoherencia del lenguaje. Angio-TC: Oclusión tronco braquiocefalico (TBC). Caso 3 (Tipo I): Mujer 29 años con disestesias brazo izquierdo y síncope de repetición. Angiografía: Oclusión arteria humeral izquierda. Caso 4 (Tipo I): Mujer 31 años con dolor interescapular, disestesias brazo izquierdo y alteraciones visuales. Angio-TC: Oclusión TBC, carótidas primitivas y subclavia izquierda.

Resultados: Caso 1: Realizamos debranching ilíaca común derecha-MS-bypass aorto-renal previo, cubriendo desde aorta supravisceral a prótesis aórtica previa con endoprótesis Valiant Captivia, ocluyendo MS con amplatzer. Caso 2: Intento fallido recanalización endovascular, se realiza bypass aórtico-subclavio derecho y a carótida interna derecha. En postoperatorio presenta parada cardiorrespiratoria. Caso 3: Se realiza trombectomía y tratamiento inmunosupresor, con evolución satisfactoria. Caso 4: Se realiza bypass aorto-bicarotídeo con rama a axilar izquierda. En postoperatorio presenta crisis hipertensiva con sangrado intraparenquimatoso cerebral tratado mediante craneotomía descompresiva, evolución favorable.

Conclusiones: El tratamiento quirúrgico de la arteritis de Takayasu presenta elevada morbilidad. En casos AT tipo I, el síndrome de reperfusión post-quirúrgico debe ser valorado.

E-mail: lcobopic@gmail.com

EXPERIENCIA INICIAL EN EL USO DE LAS PRÓTESIS DE PUNCIÓN INMEDIATA (ACUSEAL®) COMO ALTERNATIVA A LOS CATÉTERES CENTRALES PARA HEMODIÁLISIS URGENTE

Autor/es: Cabrero Fernández, M., Martínez López, I., Moñux-Ducajú, G., Marqués de Marino, P., Serrano Hernando, F.J.

Centro: Hospital Clínico San Carlos

Objetivo: Presentar nuestra experiencia inicial con las prótesis de punción inmediata Acuseal® y estudiar si podrían llegar a evitar la implantación de catéteres (CVC) o disminuir el tiempo de dependencia al mismo en pacientes que requieren diálisis sin demora.

Material y Método: Se incluyeron todos los procedimientos entre marzo de 2015 y junio de 2016 en los que se utilizó la prótesis Acuseal®, ya fuesen nuevas FAV o la reparación o rescate de FAV nativas o protésicas previas. Se recogieron los datos demográficos, intraoperatorios y del eco-doppler de seguimiento.

Resultados: Se implantaron 16 Acuseal®, 9 (56,3%) FAV protésicas en pacientes sin alternativas nativas y 7 (43,8%) revisiones o rescates. La FAV más realizada fue la humeroaxilar (n=8, 50%). Ocho intervenciones fueron de carácter urgente (50%). Un total de 14 (87,5%) fueron puncionadas de forma inmediata (primeras 48 horas), con un tiempo medio de $20,5 \pm 13,4$ horas (3-48h) en este grupo. Nueve pacientes (56,3%) tenían un CVC previo a la realización de la FAV. En el resto, (43,8%, n=7), se evitó la implantación del CVC en el 100%. La primera canalización fue satisfactoria en todos los pacientes. Existieron 3 casos (18,8%) de dolor durante la hemodiálisis y de hematomas, ninguno complicado. No existieron oclusiones a 30 días. Ocurrieron 4 infecciones protésicas (25%) que obligaron a su retirada. El seguimiento mediano fue de 5,5 meses (1-16) con una permeabilidad primaria a 6 meses del 68,8%.

Conclusiones: Las prótesis de punción inmediata Acuseal® suponen una herramienta útil para evitar o disminuir el uso de los CVC para hemodiálisis.

E-mail: maday.cabrero@gmail.com

RESULTADOS DEL EVAR SEGÚN LA FUNCIÓN RENAL

Autor/es: *Rastrollo Sánchez, I., Herrera Mingorance, J.D., Cuenca Manteca, J.B., Hebberecht López, M., Salmerón Febres, L.M.*

Centro: UGC de Angiología y Cirugía Vascular. Complejo Hospitalario de Granada.

Objetivo: El objetivo es comparar mortalidad y complicaciones a corto-medio plazo en pacientes intervenidos de EVAR según su función renal.

Material y Método: Evaluación retrospectiva de pacientes intervenidos mediante EVAR de aneurisma de aorta infrarrenal no roto entre los años 2010-2012, excluyendo a aquellos en hemodiálisis y trasplantados renales. Se recogen datos demográficos, factores de riesgo, aclaramiento de creatinina (ClCr), variables intraoperatorias, muerte al mes (por causa renal u otra), a los 12 y 24 meses, necesidad de reintervención precoz (<1 mes) o tardías y la detección de endofugas en el seguimiento. Se definieron 3 grupos según el ClCr basal: normal (ClCr>90ml/min), leve (60-89.9ml/min) y moderado-grave (<60ml/min). Se define el fracaso renal agudo (FRA) como un aumento ≥40% de la creatinina respecto a la basal (siendo ≥1.4mg/dl) o la necesidad de hemodiálisis en el primer mes.

Resultados: 82 pacientes (2.5% mujeres), con edad media 73 (±7.3) años. Seguimiento medio de 24.3 (±13.4) meses. ClCr basal medio de 68.5 (±28.7), siendo ClCr normal (n=12), deterioro leve (n=34) y moderado-grave (n=35). Encontramos asociación estadísticamente significativa (p<0.05) entre ClCr<60ml/min y el FRA postintervención, la necesidad de hemodiálisis, mortalidad en el primer mes por FRA, a los 24 meses y reintervención precoz. Asociación cercana a la significación (p<0.07) para la mortalidad a los 12 meses.

Conclusiones: Los pacientes con un deterioro moderado-severo del filtrado glomerular, tienen más probabilidad de sufrir fracaso renal agudo con necesidad de hemodiálisis tras el EVAR, más mortalidad en el primer mes por fracaso renal agudo, a los 24 meses, y más índice de reintervenciones precoces.

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

EL PAPEL DE LA VENA FEMORAL SUPERFICIAL EN LAS INFECCIONES DE LA AORTA ABDOMINAL: A PROPÓSITO DE TRES CASOS

Autor/es: Vargas Gómez, C., Scholz, L., Kilic, M., Savvidis, S., Neufang, A.

Centro: Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden

Objetivo: Demostrar que el empleo de vena femoral superficial en las infecciones del injerto protésico o en los casos cirugía séptica como los aneurismas micóticos de la aorta abdominal, tiene excelentes resultados, en cuanto al manejo de la infección y la permeabilidad de la reconstrucción arterial a largo plazo.

Material y Método: Presentamos tres casos, dos pacientes con aneurisma micótico de la aorta abdominal y un paciente con infección y degeneración aneurismática del injerto protésico aortofemoral. Caso 1: V, 49 años, Síndrome de Behcet y aneurisma micótico infrarrenal (diámetro 5,5 cm). EP: trombosis del seno venoso cerebral. Se efectuó la resección completa del aneurisma y la reconstrucción autóloga de una neobifurcación con vena femoral superficial con reimplantación de la arteria mesentérica inferior. Caso 2 : M, 56 años. Lupus eritematoso sistémico y aneurisma micótico infrarrenal con rotura contenida y disección progresiva hasta la arteria iliaca externa. Se efectuó el reemplazo de la aorta aneurismática por un injerto autólogo con vena femoral superficial. Caso 3: V, 65 años con sangrado arterial agudo tras la degeneración aneurismática de un bypass de dacron aortofemoral derecho. Resección completa del bypass de dacron. Bypass femoro- femoral con vena femoral superficial

Resultados: Tras 18 , 37 y 1 mes del postoperatorio la reconstrucción permanece intacta y permeable.

Conclusiones: El empleo de la vena femoral superficial como material autólogo ocupa un lugar importante en la cirugía vascular con múltiples usos tanto a nivel central como periférico, con excelentes resultados a corto y largo plazo, destacando su función crucial en la cirugía séptica.

E-mail: carovg_@hotmail.com

RESULTADO DEL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ARTERIA FEMORAL SUPERFICIAL EN ISQUEMIA CRÍTICA DE MIEMBROS INFERIORES

Autor/es: *Moreno Reina, A., Robles Martín, M.L., Castillo Martínez, E.M., Moreno Machuca, F.J., García León, A.*

Centro: Hospital Universitario Virgen de Valme (AGS Sur Sevilla)

Objetivo: Analizar los resultados del tratamiento endovascular de AFS, su seguridad y eficacia en relación a salvamento de extremidad en nuestros pacientes.

Material y Método: Análisis retrospectivo unicéntrico de pacientes sometidos a tratamiento endovascular (ATP simple/DEB/stent) de AFS, entre Enero/2015 y Julio/2016. Se analizaron factores demográficos, comorbilidad, indicación, tipo de lesión TASC, técnica, tasa de reestenosis y recidiva clínica, salvamento de la extremidad y supervivencia. El seguimiento medio fue de 11,23 meses mediante valoración clínica y ecográfica.

Resultados: Se trataron 32 extremidades y 30 pacientes, con una edad media de 74 años. El 93% presentaba isquemia crítica (grado III: 13%, IV: 80%). La distribución de las lesiones fue: 1.-Clasificación TASC: A 41.4%, B 37.9%, C 17.2% y D 3.4%, 2.-Cortas (<5cm) 44,8%, intermedias (5-10cm) 24.1% y largas (>10cm) 31%. 3.-El 63.3% eran estenosis y 36.7% oclusiones. La media de vasos de salida fue de 1,82. Se practicó ATP simple en el 83.3%, DEB en el 16.7% y stenting en el 30% (77.8% primario; 22.2% secundario). El éxito técnico fue del 100%. El 25,9% de los casos asoció tratamiento endovascular del sector infrapoplíteo. Los resultados a los 11,23 meses reflejan una tasa de reestenosis del 20%, recidiva clínica del 50% (siendo el 40% por reestenosis), tiempo libre de reestenosis de 4.5 meses, la tasa de amputación mayor del 13.3% y la supervivencia del 96.6%.

Conclusiones: El tratamiento endovascular de la femoral superficial es seguro y eficaz en pacientes con isquemia crítica de miembros inferiores. Nuestros resultados están en consonancia con lo publicado en la bibliografía.

E-mail: *anamreina1989@gmail.com*

NECESIDAD DE CONVERSION TARDÍA TRAS REVA. A PROPÓSITO DE 5 CASOS

Autor/es: *García Blanco, V.E., Maazouzi, E.M., Ruales Romero, A.M., Galera Martínez, M.C., Manosalbas Rubio, M.I.*

Centro: Hospital Universitario Puerta del Mar

Objetivo: La necesidad de reintervención tras EVAR es del 35% con una tasa de conversión abierta del 6%, siendo la endofuga tipo I como causa más frecuente siendo un territorio hostil con fibrosis e inflamación periprotésica y difícil clampaje suprarrenal/supraceliaco. La mortalidad asociada a conversión tardía del 10%.

Material y Método: Seguimiento durante siete años (2009-2015) en 232 pacientes con diferentes endoprótesis, 40 pacientes urgente por AAA roto (17%). Caso 1: FAE secundaria a bypass aorto-bifemoral y exclusión endovascular; endofuga tipo 1b y recidiva de FAE, ligadura de aorta suprarrenal y bypass axilo-bifemoral. Caso 2: endofuga tipo 1a, tipo III y FAE secundaria a REVA. Intento fallido de reparación endovascular y ligadura infrarrenal de aorta más bypass axilofemoral. Caso 3: rotura aneurismática y endofuga tipo II por arteria lumbar. Explante parcial de endoprótesis y bypass aortobiiliaco. Caso 4: REVA con posterior extensión por endofuga tipo III y tipo 1b. Aumento del saco por endotensión, explante de prótesis y bypass aorto-biiliaco. Caso 5: endoprótesis aortoiliaca y bypass fémoro-femoral por AAA roto. Endofuga tipo II y Ib con abscesificación del hematoma retroperitoneal. Ligadura de lumbares y ?Banding? de iliaca común derecha vía retroperitoneal.

Resultados: Tasa de conversión tardía del 2,1%, presencia constante de endofuga (tipo I en el 80% de los casos). Fallecen 4 pacientes, 3 por sobreinfección protésica.

Conclusiones: La conversión tardía abierta tras REVA supone un hito quirúrgico con una mayor morbi-mortalidad que la cirugía aórtica primaria. La alta mortalidad está asociada en la mayoría de los casos a la sobreinfección protésica.

E-mail: *victoriagarciablanca@outlook.es*

1

EXPLANTE QUIRÚRGICO DE ENDOPROTÉSIS AORTICA TRAS ENDOFUGA PERSISTENTE

Autor/es: *Novo Martínez, G.M., Fernández Samos, R., Santos Alcántara, E., Rodríguez López, I., Zorita Calvo, A.M.*

Centro: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LEON

Introducción: La introducción del EVAR (1991) revolucionó la cirugía aórtica. Aunque las complicaciones iniciales son mínimas, los datos a largo plazo confirman la necesidad de seguimiento, asociando incluso múltiples intervenciones secundarias para excluir completamente el aneurisma. La tasa de conversión tardía a cirugía es del 5%.

Caso clínico: Varón 82 años, ex-fumador, hipertenso, cardiopatía isquémica(2stents), marcapasos, intervenido cáncer de colon y renal, insuficiencia renal crónica. Aneurisma de aorta abdominal de 7 cm excluido mediante EVAR (año 2000), riesgo anestésico ASA III. Revisiones con TAC de control anual (4 años) sin complicaciones. Pérdida de seguimiento durante 4 años (periodo en el cual es intervenido de cáncer renal).

Material y Método: Hallazgo de endofuga tipo II en angioTC tratada mediante inyección de trombina ecoguiada por crecimiento de saco aneurismático(8cm), con nueva de endofuga posterior. Ingreso para derivación femoro-femoral por claudicación invalidante de MID y segunda inyección de trombina. En TC de control persistencia de endofuga tratándose mediante embolización (coils-ónix) de rama lumbar izquierda a través de hipogástrica. En TC posterior el saco crece (9,5cm), finalmente se realiza explante protésico y bypass aortoiliaco izquierdo (ASA IV). Dado de alta al 5º día, sin complicaciones.

Comentarios: Las estrategias de gestión de endofugas van desde observación a terapias agresivas: inyección de trombina, ligadura de ramas, dispositivos endovasculares ó cirugía abierta, según el crecimiento de saco aneurismático. El explante quirúrgico implica el fracaso de todas las anteriores, asumiendo una elevada morbilidad. Lynch et Al, en su estudio publicado en EJVES (2015), concluyen que las endofugas son las causa más frecuente de explante quirúrgico

E-mail: *glori_mry@hotmail.com*

2

HIPERPLASIA INTIMAL PRECOZ EN ARTERIA RENAL E ILIACA EXTERNA IZQUIERDAS EN PACIENTE JOVEN TRANSPLANTADA

Autor/es: *Novo Martínez, G.M., Fernández Samos, R., Santos Alcántara, E., Maqueda Ara, S., Zorita Calvo, A.*

Centro: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LEON

Introducción: La estenosis de arteria renal trasplantada (EART) presenta una incidencia del 2,7-23%. Retrasar el diagnóstico y tratamiento puede llevar a la pérdida funcional del injerto.

Caso clínico: Mujer 31 años, DM 1, Obesidad, dislipemia. Nefropatía diabética terminal precisando trasplante renopancreático, con anastomosis del injerto renal a la arteria iliaca externa izquierda. Derivada a Cirugía Vascular a los tres meses postrasplante por úlcera talar en miembro inferior izquierdo y claudicación a corta distancia, no referida previamente al trasplante, con eje aortoiliaco sano previo a intervención. Presenta pérdida de pulso femoral izquierdo. Se realiza AngioRM objetivando obstrucción (trombosis) de iliaca externa distal al injerto y estenosis crítica en origen de arteria renal trasplantada. Cifras de creatinina ligeramente elevadas: 1,5mg/DL respecto a las previas postrasplante de 0,9mg/DL.

Material y Método: Se realiza trombectomía de arteria iliaca externa izquierda, angioplastia simple con balón 7x20mm y angioplastia simple en el origen de arteria renal trasplantada con balón 4x20mm. Recuperación de pulsos a todos los niveles en miembro inferior izquierdo, función renal y tensión arterial normalizadas. En revisiones posteriores mantiene pulsos distales. Eco doppler renal con velocidad sistólica de 40cm/seg e índice de resistencia (IR) inferior a 0,7.

Comentarios: EART ocurre habitualmente en los primeros dos años postrasplante. La zona de anastomosis quirúrgica es la más comúnmente afectada. La angioplastia simple renal recuperó la arteria trasplantada a su calibre normal, considerando no necesaria la implantación de STENT dada la edad de la paciente y el carácter ostial de la lesión. Esta opción se reservó ante hallazgo de estenosis refractaria o recurrente.

E-mail: *glori_mry@hotmail.com*

3

RESOLUCIÓN DE ÚLCERA AÓRTICA MEDIANTE ENDOPRÓTESIS FENESTRADA EN PACIENTE CON RIÑÓN EN HERRADURA

Autor/es: Robles Martín, M.L., Castillo Martínez, E.M., Moreno Reina, A., Moreno Machuca, F.J., García León, A.

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

Introducción: La presencia de riñón en herradura se asocia en la mayoría de los casos a una vascularización renal aberrante, lo que supone un desafío a la hora de plantear tratamiento de patología aórtica asociada.

Caso clínico: Varón de 68 años, con antecedente de tabaquismo, diabetes y dislipemia. Remitido por sospecha de lesión aórtica. Se realiza AngioTC apreciándose úlcera aórtica penetrante asociada a hematoma intramural a nivel de cara posterior de aorta infrarenal. En el estudio destaca la presencia de riñón en herradura con lesión sugestiva de Cáncer renal en cara postero-lateral de riñón derecho.

Material y Método: Previa a la reparación aórtica es intervenido por Urología realizándose nefrectomía de riñón derecho en herradura. La vascularización del riñón izquierdo preservado depende en polo superior de arteria renal normal y en polo inferior de una arteria renal accesoria de 6 mm de diámetro que se origina en la cara anterior de la aorta a nivel de la ulceración descrita. La resolución del caso mediante intervención quirúrgica se contempla en segundo plano, en relación con el abordaje reciente abdominal. Como primera opción de tratamiento optamos por la colocación de endoprótesis recta realizada a medida con una fenestración en cara anterior para mantener la permeabilidad de la arteria renal accesoria y asegurar la perfusión del único riñón existente.

Comentarios: El desarrollo de endoprótesis customizadas ofrece una alternativa eficaz y segura en casos complejos de abordar de forma convencional, permitiendo respetar las variaciones anatómicas en la vascularización renal en pacientes con riñón en herradura.

E-mail: marisaroma2@gmail.com

PSEUDOANEURISMA DE ARTERIA SUBCLAVIA E ISQUEMIA AGUDA EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO SECUNDARIA A PLACA DE OSTEOSÍNTESIS EN CLAVÍCULA

Autor/es: Ruales Romero, A.M., Maazouzi, E.M., García Blanco, V.E., Arribas Aguilar, F.N., Rodríguez Piñero, M.

Centro: Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

Introducción: Debido a la proximidad anatómica de los vasos subclavios a los dos tercios mediales de la clavícula, existe el riesgo de lesión posterior a colocación de placas de fijación. El desarrollo de pseudoaneurisma en esta localización se produce por trauma repetido al vaso y es muy poco frecuente, una vez establecido puede amanezar la extremidad

Caso clínico: Paciente de 36 años con antecedente de fractura de clavícula 5 años antes, consulta por clínica de isquemia arterial aguda del brazo izquierdo. En estudios de imagen se observa permeabilidad del eje arterial hasta arterial humeral, material de osteosíntesis en subclavia que parece sobrepasar arteria subclavia con el brazo en abducción. No se observan imágenes de pseudoaneurisma, ni signos de lesión del vaso a nivel de protrusión de tornillos. Se realiza trombectomía transhumeral, el paciente vuelve a presentar síntomas isquémicos y se realiza una segunda trombectomía, recuperando pulsos a todos los niveles. Posteriormente, aparición de masa hiperpulsátil en fosa supraclavicular izquierda, ecodoppler objetiva pseudoaneurisma y fístula subclavioyugular, se procede a colocación de stent recubierto Begraft 8x37 en subclavia izquierda, nuevamente isquemia de extremidad y trombectomía. Se retira material de osteosíntesis. Pruebas de hipercoagulabilidad negativas y ecocardiograma normal.

Material y Método: -

Comentarios: Las lesiones arteriales secundarias a material de osteosíntesis son muy raras pero pueden producir lesiones del paquete neurovascular e isquemia de la extremidad. Se recomienda utilizar tornillos de diámetro inferior a los 8 mm, según lo consultado en la bibliografía. Al encontrar una protrusión de material se recomienda su extracción y la reparación del vaso si es necesario.

E-mail: anaruales@gmail.com

PSA DE LA ARTERIA FEMORAL SUPERFICIAL TRAS HERIDA POR ARMA BLANCA. A PROPOSITO DE UN CASO

Autor/es: Maazouzi, E.M., Conejero Gómez, M.R., Doiz Artázcoz, E., Ruales Romero, A., Rodríguez Piñero, M.

Centro: HUPM Cádiz

Introducción: El 90% de todas las lesiones arteriales periféricas se producen en una extremidad. La evolución inicial y el pronóstico final dependen del arma causante, mecanismo y localización de la lesión y tiempo de evolución. Presentamos el caso clínico de un traumatismo complicado.

Caso clínico: Varón de 32 años, fumador de tabaco y cannabis, sin otros antecedentes. Acude por edematización progresiva y dolor en MID de 5 días de evolución tras herida por arma blanca en muslo derecho. En la exploración física destaca una herida de tipo punzante suturada en cara interna del muslo derecho con una masa pulsátil sin thrill ni tensión y con hematoma perilesional. Pulsos distales conservados. Ecodoppler donde se objetiva pseudoaneurisma (PSA) en arteria femoral superficial (AFS) de unos 5,6 por 3,8 cm asociado a TVP poplítea distal. AngioTAC donde se confirma presencia de PSA sacular de aproximadamente 5,6 por 3,8 cm con fistula A-V asociada.

Material y Método: Tras el diagnóstico de PSA femoral complicado post-traumático se realiza exploración de AFS, sutura termino-terminal en arteria, sutura continua en vena y drenaje del hematoma. Postoperatorio sin complicaciones con disminución del edema en MID y pulsos distales conservados. Alta para seguimiento en consulta externa anticoagulado con HBPM.

Comentarios: -Los traumatismos vasculares infrainguinales por arma blanca suponen un riesgo vital por las alteraciones hemodinámicas ocasionadas y la hemorragia y un riesgo para la extremidad por la isquemia prolongada o la infección de la herida. -La cirugía convencional es de elección en los casos complicados con compromiso vasculo-nervioso, muscular y estabilidad hemodinámica.

E-mail: maazouzim@hotmail.fr

TRATAMIENTO DESCOMPRESIVO Y REVASCULARIZACIÓN EN EL SÍNDROME DEL LIGAMENTO ARCUATO

Autor/es: *Rodríguez Morata, A., Ramírez Plaza, C.P., Reyes Ortega, J.P., Alonso Argüeso, G.*

Centro: Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, y Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario Quirónsalud Málaga

Introducción: El ligamento arcuato medio une los pilares diafragmáticos a ambos lados del hiatus aórtico y se sitúa por encima del tronco celíaco. Una inserción anormalmente baja del diafragma y/o un origen excesivamente alto de esta arteria pueden originar el síndrome del ligamento arcuato medio. Es más prevalente en mujeres, con una incidencia en torno a 2 de cada 100.000 pacientes, con síntomas habituales de dolor abdominal recurrente e isquemia intestinal en algunas ocasiones.

Caso clínico: Se presenta el caso de una paciente de 48 años con dolor crónico centroabdominal y referido igualmente en zona dorsal de la espalda crónico de años de evolución, con pérdida de peso en los últimos meses y en la que evidencia en angiografía y TAC la existencia de una compresión extrínseca severa del tronco celíaco.

Material y Método: Se lleva a cabo un tratamiento descompresivo mediante tenotomía, liberación de los pilares diafragmáticos a ambos lados del tronco celíaco y revascularización anterógrada ortoanatómica mediante un bypass aortocelíaco con PTFE de 8 mm anillado. La cirugía transcurre sin incidencias y con alta al 4º día postoperatorio, con mejoría clínica.

Comentarios: A pesar del avance tecnológico endovascular, este síndrome requiere un abordaje quirúrgico para eliminar las estructuras anatómicas aberrantes, que causan la compresión extrínseca del tronco celíaco. El tratamiento endovascular, sin asociar una adecuada liberación de las estructuras musculares y ligamentosas compresivas, suele producir una recurrencia precoz del cuadro clínico.

E-mail: alejandro.rmorata@quironsalud.es

SÍNDROME DE NUTCRACKER ANTERIOR Y POSTERIOR. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR

Autor/es: *Rodríguez Morata, A., Reyes Ortega, J.P., Alonso Argüeso, G.*

Centro: Hospital Universitario Quirónsalud Málaga

Introducción: El Síndrome de Nutcracker se produce ante la compresión excesiva de la vena renal izquierda en la pinza anatómica aortomesentérica. Cuando esta vena es retroaórtica y está estenosada, se conoce como Síndrome de Nutcracker Posterior.

Caso clínico: Sd. Nutcracker: varón de 49 años que consulta por varices y dolor en miembro inferior izquierdo. Presenta varices importantes y aumento de calibre del testículo izquierdo y esterilidad. Las varices muestran un patrón de shunt pelviano claro (tipo V) y confirmamos la compresión aortomesentérica de la vena renal izquierda con un TAC contrastado. Sd. Nutcracker Posterior: presentamos el caso de una mujer de 44 años que consulta por dolor crónico en área del flanco izquierdo, fosa pélvica izquierda, miembro inferior izquierdo y varices en dicha extremidad. Se aprecian ecográficamente varices por shunt pelviano, varicocele pélvico izquierdo y una vena renal izquierda retroaórtica. El TAC contrastado confirma un Nutcracker posterior con importante insuficiencia gonadal izquierda.

Material y Método: Caso 1º: se lleva a cabo una embolización de las varices pélvicas y angioplastia más stent Venovo de 18x60mm, con mejoría clínica. Caso 2º: se trata con embolización de las varices pélvicas e implante de stent Venovo 14x40mm, con mejoría clínica.

Comentarios: Ante datos ecográficos de insuficiencia venosa paraostial o shunt pélvico en las extremidades, está justificado un examen concienzudo de los grandes vasos venosos retroperitoneales y pélvicos, que pueden dar con síndromes compresivos como el Nutcracker. El abordaje endovascular de este síndrome puede resultar muy eficaz clínicamente y menos invasivo que la cirugía clásica de transposición o bypass cavorenal.

E-mail: *alejandro.rmorata@quironsalud.es*

SÍNDROME DE STEWART-BLUEFARB. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autor/es: Galera Martínez, M.C., García Blanco, V.E., Dóiz Artázcoz, E., Maazouzi, E.M., Rodríguez Piñero, M.

Centro: Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: El síndrome de Stewart-Bluefarb es un tipo de acroangiodermatitis infrecuente, caracterizado por lesiones cutáneas semejantes clínicamente al sarcoma de Kaposi y secundario a una malformación arteriovenosa subyacente. Puede complicarse con la aparición de úlceras. Presentamos el caso clínico de un paciente y su manejo.

Caso clínico: Varón de 46 años, fumador, dislipémico e intolerante a corticoterapia. Remitido por úlcera venosa de evolución tórpida de meses de progresión, en maléolo externo del miembro inferior derecho (MID), refiriendo dolor intenso en la última semana. Presenta desde hace años lesiones papulosas e hiperpigmentación cutánea en región pretibial y maleolar en MID. Exploración física: pulsos arteriales presentes sin soplo ni thrill. No disimetría. Lesiones sobreelevadas de color marrón violáceo en borde antero-externo en región pretibial supramaleolar, con eczema perilesional. Úlcera de bordes irregulares y signos leves de infección. Estudio histológico por lesión atípica con diagnóstico de Síndrome de Stewart-Bluefarb. La ecografía-doppler confirmó la sospecha al visualizar diversas fístulas arteriovenosas dependientes de arteria tibial anterior y flujo venoso arterializado distal. Se inició tratamiento conservador con terapia compresiva y medidas higiénico-posturales. Seguimiento en consulta externa con desaparición del dolor y cicatrización de la úlcera a los tres meses. Lesiones estables al año.

Material y Método: -

Comentarios: El síndrome de Stewart-Bluefarb afecta a pacientes varones jóvenes a partir de la segunda década de vida. Se caracteriza por la presencia de lesiones maculopapulosas, edema, varices e hipertrofia de tejidos blandos, junto a malformación arteriovenosa subyacente. El tratamiento inicial suele ser conservador, reservando la cirugía, esclerosis o embolización para casos complejos o resolución de complicaciones.

E-mail: cgaleramartinez@gmail.com

LEIOMIOSARCOMA DE VENA CAVA INFERIOR. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autor/es: Yoldi Bocanegra, R., Espínola Cortés, N., Carrasco de Andrés, D., Rodríguez Carmona, R., Navarro Muñoz, E.

Centro: CHT Torrecárdenas

Introducción: El leiomiosarcoma primario de Vena Cava Inferior es un tumor poco frecuente (6% de sarcomas). EL 80% afecta a mujeres entre 50-70 años. La clínica se presenta de forma inespecífica, en forma de dolor abdominal y/o masa palpable. La tomografía computerizada (TC) de abdomen y pelvis es la prueba de elección para el diagnóstico. El tumor se disemina principalmente por vía hematógica hepática y pulmonar

Caso clínico: Mujer de 70 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, hipotiroidismo, obesidad y Diabetes Mellitus tipo II. Intervenida de neoplasia de sigma en 2012. Durante el seguimiento por oncología, la TC control en 2015, diagnostica una masa retrocava entre vena cava inferior (VCI) y borde medial hepático de 6.5 x 4 x 5.2 cm de tamaño; compatible con paraganglioma con invasión de la vena cava inferior. Planificamos una intervención quirúrgica conjunta con el Servicio de Cirugía General. Realizamos una laparotomía programada, resección completa del tumor, extracción tumoral intracava y cierre directo de vena cava. Postoperatorio sin incidencias salvo episodio de fibrilación auricular aislada. La pieza histológica definitiva informó de leiomiosarcoma primario. En nuestro Comité de Tumores multidisciplinar se decidió realizar seguimiento sin terapias adyuvantes.

Material y Método: -

Comentarios: Los leiomiosarcomas son tumores raros con mal pronóstico (supervivencia entre el 25% y 50% a los 5 años) La quimioterapia y radioterapia adyuvantes no han demostrado su beneficio en estos pacientes.

E-mail: natalyespinola@gmail.com

Autor/es: *Fernández Herrera, J.A., Ros Vidal, R., Ramos Gutiérrez, V.E., Herrera Mingorance, J.D., Salmerón Febres, L.M.*

Centro: Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Complejo Hospitalario universitario de Granada

Introducción: Las conectivopatías son enfermedades genéticas donde se produce afectación de la integridad estructural del colágeno y predisposición a la degeneración de la pared arterial, lo que facilita la formación de aneurismas y disecciones arteriales espontáneas.

Caso clínico: Mujer de 22 años con antecedente de ictus isquémico por disección carotídea izquierda espontánea en 2011. Presenta dolor abdominal generalizado de inicio brusco, acompañado de síncope de varios minutos. En angio-TAC se observa rotura espontánea de arteria iliaca común derecha (AICD).

Material y Método: Se interviene de forma urgente realizando laparotomía media y clampaje de aorta infrarrenal, evidenciando rotura y disección de AICD. Realizamos bypass aorto-femoral derecho con Dacron de 8mms. Permanece 7 días en UCI y tras 23 días en planta, es dada de alta con buena evolución postoperatoria. Se realiza estudio genético, que es positivo para síndrome de Marfan, exploración ecocardiográfica, que no tiene alteraciones, y exploración oftalmológica, sin cambios en el cristalino. Realizamos diagnóstico diferencial entre síndrome de Marfan, síndrome de Ehler-Danlos tipo IV y síndrome de Loeys-Dietz sin alcanzar diagnóstico concreto.

Comentarios: · Las enfermedades del tejido conectivo deben de tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial ante la presencia de complicaciones vasculares en pacientes jóvenes. · Es recomendable, ante la sospecha de una conectivopatía, realizar un estudio diagnóstico de cara al seguimiento y, si precisa, tratamiento médico y consejo genético posteriores. · Dado que los resultados quirúrgicos (técnica abierta y endovascular) en este tipo de patologías no son buenos, se recomienda aplicar de forma preferente tratamiento conservador, siempre que la situación clínica lo permita.

E-mail: *jero.fdez.h@gmail.com*

DISECCIÓN ESPONTÁNEA Y AISLADA DE LA ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Autor/es: *Rastrollo Sánchez, I., Lozano Alonso, S., Ros Vidal, R., Linares Palomino, J.P., Salmerón Febres, L.M.*

Centro: Complejo Hospitalario Universitario de Granada

Introducción: Presentamos dos casos de isquemia mesentérica aguda por disección espontánea y aislada de la arteria mesentérica superior (AMS).

Caso clínico: Caso 1: varón de 47 años, fumador. Consulta por dolor abdominal difuso de 4 horas de evolución sin signos de irritación peritoneal. Analítica y exploración vascular normal. En angioTAC de abdomen se observa oclusión completa de AMS a 4 cm de su origen. Se interviene de urgencias comprobando la existencia de una disección aislada, fijando la íntima y plástiando con parche de vena safena interna (VSI). Caso 2: varón de 48 años, fumador e hipertenso, con dolor abdominal en mesogastrio irradiado a espalda de inicio súbito y de 10 horas de evolución cuando acude a Urgencias. La exploración abdominal era anodina, exploración vascular y analítica dentro de la normalidad. En angioTAC se observó oclusión de AMS desde su origen siendo, al igual que en el caso anterior, el hallazgo intraoperatorio una disección de la AMS desde su origen. Se fijó la íntima proximalmente y se plástió con parche de VSI.

Material y Método: En ningún caso fue necesaria resección intestinal y la clínica cedió completamente después de la cirugía en ambos casos. No se produjeron complicaciones perioperatorias ni en el seguimiento.

Comentarios: La disección aislada de la AMS es una patología rara (0,06%), más frecuente en hombres en la década de los 50, y las mayores series de casos han sido publicadas en países asiáticos. El tratamiento sigue siendo controvertido ya que se propone desde tratamiento conservador a cirugía abierta o endovascular.

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

COMPLICACIÓN SECUNDARIA EN LINFOCELE RETROPERITONEAL TRAS CIRUGÍA AÓRTICA

Autor/es: Lozano Ruiz, C., Jiménez Palmer, R., Fernández Catalán, C., Fernández González, S., Landaluce Chaves, M.

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

Introducción: Los linfocelos retroperitoneales son una entidad poco frecuente tras la cirugía aórtica abdominal abierta.

Caso clínico: Varón de 65 años que acude a urgencias por dolor en fosa iliaca bilateral, disminución de la diuresis y edemas en extremidades inferiores. Intervenido de bypass aorto-bifemoral por claudicación invalidante presentando linfocelo periprotésico retroperitoneal asintomático puncionado dos meses antes para su evacuación, ambos procedimientos realizados en otro centro. Se realiza angioTAC abdominopélvico presentando sangrado activo dependiente de rama izquierda del bypass y hemoperitoneo pélvico. Ante los hallazgos, se implanta endoprótesis en la rama izquierda de forma urgente. Durante el seguimiento, presenta colección abscesificada pélvica izquierda sugestiva de infección periprotésica, por lo que se realiza bypass axilo-bifemoral izquierdo y en un segundo tiempo, drenaje del absceso, explante protésico y ligadura de aorta infrarrenal. Tras diferentes angioTAC de control, en el que persiste absceso retroperitoneal, se instaura antibioterapia crónica. Tras 9 meses, ha sido reintervenido por continuidad del absceso retroperitoneal e inguinal izquierdo, requiriendo desbridamiento y explante protésico de rama izquierda, revascularizando mediante bypass axilo-poplíteo a segunda porción. Al mes de la cirugía, continua con exudado inguinal, optando por cobertura protésica con músculo gracilis y cierre por segunda intención soportada con terapia de presión negativa.

Material y Método: A propósito de un caso.

Comentarios: Mostramos una de las complicaciones poco frecuentes de la cirugía aórtica abierta, donde la decisión terapéutica es controvertida, pudiendo considerarse el manejo conservador ante el alto riesgo de sobreinfección.

E-mail: cristinalozanorui@hotmail.com

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA TORACOABDOMINAL EN DOS TIEMPOS

Autor/es: *García Blanco, V.E., Conejero Gómez, M.R., Maazouzi, E.M., Ruales Romero, A.M., Galera Martínez, M.C.*

Centro: Hospital Universitario Puerta del Mar

Introducción: La reparación del aneurisma toracoabdominal (ATA) con endoprótesis fenestrada o ramificada presenta menor morbilidad aunque mayor tasa reintervenciones respecto a la cirugía convencional. En muchos casos se plantean dicha cirugía en dos tiempos para disminuir el riesgo de paraplejia.

Caso clínico: Varón de 77 años hipertenso, dislipémico, exfumador, insuficiencia renal leve y carcinoma de próstata tratado con hallazgo de ATA en estudio de epigastralgia. En enero 2015, angioTAC con ATA de 8 cm a nivel diafragmático y 6,5 cm infrarrenal. En mayo se coloca endoprótesis toracoabdominal customizada JOTEC® ramificada en tronco celiaco, mesentérica superior y ambas renales; pendiente de colocación de rama izquierda aortobiiliaca e intento cateterización de renal derecha. En postoperatorio, deterioro de función renal con hemodiálisis y monoparesia proximal inferior derecha por isquemia medular D11. A los 16 días, dolor abdominal brusco y shock hipovolémico por rotura aneurismática; Implantación urgente de rama izquierda en prótesis bifurcada. En control final endofuga II tardía por arteria renal derecha sin comunicación con saco aneurismático.

Material y Método: Alta hospitalaria con mejoría de función renal y monoparesia revertida seguida por rehabilitación. En angioTAC al mes, permeabilidad protésica, endofuga Ia/II en aorta torácica, permeabilidad de ramas viscerales. Sin cambios en saco aneurismático, en tratamiento conservador.

Comentarios: La mayor complejidad en las prótesis ramificadas en ATA es la cateterización de las ramas. El tratamiento en dos fases se plantea para disminuir la isquemia medular pero esta demora en la cirugía puede presentar complicaciones como la rotura.

E-mail: *victoriagarciablanco@outlook.es*

REPARACIÓN DE ENDOFUGA TIPO 1A MEDIANTE ENDOPRÓTESIS FENESTRADA

Autor/es: *García Blanco, V.E., García Turrillo, E., Maazouzi, E.M., Ruales Romero, A.M., Galera Martínez, M.C.*

Centro: Hospital Universitario Puerta del Mar

Introducción: Endofugas tipo 1a como primera causa de fracaso del tratamiento y aumento del riesgo de ruptura aneurismática; Reparación endovascular técnicamente exigente mediante extensiones fenestradas, técnica de chimenea o complejas embolizaciones. La principal causa de fracaso tras REVA es la existencia de un cuello corto o extensión de la enfermedad proximal. Mayor morbimortalidad perioperatoria en pacientes con esta morfología

Caso clínico: Varón de 72 años con hipertensión, dislipemia, bronquitis crónica, miocardiopatía dilatada y leucemia mieloide crónica tratada; en febrero de 2015, hallazgo casual de aneurisma de aorta abdominal (AAA) infrarrenal de 6.8 cm asintomático y morfológicamente con cuello corto. En abril de 2015, exclusión endovascular percutánea del AAA mediante endoprótesis bifurcada Endurant ®. En aortografía intraoperatoria de control, endofuga tardía por lumbares tratado de forma conservadora. A los 3 meses, se realiza angioTAC con permeabilidad de la prótesis, saco aneurismático sin cambios y extravasación de contraste en vertiente posterolateral derecha por endofuga tipo Ia

Material y Método: En diciembre de 2015, intervención programada mediante extensión fenestrada Anaconda® con cuatro ramas. Control radiológico posterior con permeabilidad de ramas: tronco celiaco, arteria mesentérica superior y renales, sin complicaciones. En angioTAC posteriores de control, desaparición de endofuga Ia y persistencia de endofuga tipo II dependiente de lumbares sin compromiso del saco actual

Comentarios: Reparación endovascular mediante prótesis fenestrada ofrece una alternativa segura y efectiva a la conversión abierta tras REVA fallido. Procedimiento técnicamente más exigente que la reparación fenestrada estándar en aorta nativa por la existencia del stent-graft proximal.

E-mail: victoriagarciablanco@outlook.es

Autor/es: *Sánchez Ocando, H., Garnica Ureña, M., Reyes Valdivia, A., Aracil Sanus, E., Gandarias Zuñiga, C.*

Centro: Hospital Universitario Ramon y Cajal

Introducción: El Síndrome de Vena Cava Superior (VCS) constituye una complicación infrecuente pero severa de la implantación de marcapasos y otros dispositivos intravasculares. Se caracteriza por la oclusión sintomática de la VCS, debido a disrupción endotelial de origen mecánico o infeccioso, que conlleva a inflamación, fibrosis y, finalmente, trombosis. Su tratamiento, en ocasiones, es quirúrgico.

Caso clínico: Paciente de 66 años, con marcapasos DDDR (1993) debido a bloqueo aurículoventricular infrahisiano completo paroxístico, y recambio de generador en 2000 y 2009. Desde junio de 2015, presentó edema facial y cervical con disnea en decúbito. Mediante angioTAC torácico y flebografía, se evidenció trombosis de VCS, tronco innominado y tronco venoso braquiocefálico.

Material y Método: En junio de 2016, bajo anestesia general se retira marcapasos desde vena subclavia izquierda. Punción venosa femoral derecha y punción de vena subclavia izquierda. Se realiza angioplastia simple con balón ATLAS gold 10x 40mm observándose estenosis residual por lo que se implanta stent en vena cava superior hasta aurícula derecha tipo Sinus Vinus 14x 40mm, así como stent Protege 8x40mm en tronco venoso innominado y Viabahn 9x50mm por posible ruptura venosa tras manipulación de guía. Eje venoso permeable en flebografía final. Finalizando el procedimiento con colocación de marcapasos epicárdico.

Comentarios: Se observó mejoría del estado clínico inicial, con disminución súbita de la disnea, el edema facial y cervical. La resolución del Síndrome de VCS postimplantación de marcapasos, mediante cirugía endovascular con colocación de stent y prótesis en el tronco innominado, tras sustitución del marcapasos, es un método seguro para la resolución de esta complicación vascular.

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

DISECCIÓN AISLADA DEL TRONCO CELÍACO: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Autor/es: *Sánchez Ocando, H., Redondo López, S., Osorio Ruiz, Á., Ocaña Guaita, J., Gandarias Zuñiga, C.*

Centro: Hospital Universitario Ramón y Cajal

Introducción: La disección espontánea aislada del tronco celíaco (DATC) es una entidad rara. Su síntoma característico es el dolor abdominal agudo y sus complicaciones, son: formación de aneurisma, rotura, isquemia o infarto de órganos abdominales, principalmente, hígado o bazo. El tratamiento de cada caso dependerá de su severidad y evolución.

Caso clínico: Se presentan dos casos de DATC. Primer caso: varón, 58 años, hipertenso, fumador, con infarto de miocardio en cara inferior y colocación de 2 stents en coronaria derecha; consultó por dolor toraco-abdominal de 2 horas evolución, irradiado al miembro superior izquierdo. Segundo caso: varón, 63 años, hipertenso; consultó por presentar dolor incoercible epigástrico, punzante, de 24 horas de evolución, intermitente, sin náuseas ni vómitos.

Material y Método: Mediante AngioTAC toraco-abdominal, en ambos casos se diagnosticó DATC, sin otros hallazgos. Ante el cese del dolor y la ausencia de complicaciones viscerales, se optó por tratamiento conservador en ambos casos. El primero, mediante anticoagulación sistémica con heparina de bajo peso molecular durante 2 semanas de hospitalización. Tras estabilidad clínica, realizó seguimiento por Cirugía Vascular en su zona de residencia. El segundo, se optó por doble antiagregación, ya que el paciente se encontraba en tratamiento con Clopidogrel 75mg previamente y se programó arteriografía diferida, donde la lesión permanecía estable, sin otros signos de complicación.

Comentarios: Existen múltiples opciones de tratamiento para DATC. La ausencia de complicaciones y la estabilidad clínica apuntan al tratamiento conservador. Sin embargo, el grado de disección y su extensión hacia ramas adyacentes, pueden dar lugar a isquemia, con indicación de tratamiento quirúrgico o endovascular.

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

TROMBOSIS VENOSA ILIO-FEMORAL IZDA Y TROMBO FLOTANTE EN CAVA EN PACIENTE CON SINDROME DE MAY TURNER. TROMBECTOMÍA REOLÍTICA Y TERAPIA ENDOVASCULAR EN FASE AGUDA

Autor/es: Gallardo Pedrajas, F., Rodríguez Carvajal, R., Lainez Rube, R., Hollstein, P., Carmona, J.A., Moreno Izarra, J.

Centro: IVEI. HOSPITALES QUIRONSALUD MARBELLA Y CAMPO DE GIBRALTAR

Objetivo: Presentar un caso de trombosis venosa profunda iliofemoral izquierda y cava inferior resuelto con trombectomía reolítica (mecánica y aspirativa) e implante de stents venosos en paciente con Síndrome de May Turner.

Material y Método: Mujer de 30 años, no fumadora, con tratamiento anticonceptivo, que tras viaje prolongado en coche presenta edema brusco y dolor en miembro inferior izdo. E-Doppler venoso demuestra TVP ilio-femoral izda y AngioTC venoso confirma trombosis completa del eje venoso con trombo flotante en cava, y fenómeno de May-Turner con compresión venosa severa por arteria iliaca izda. Se decide anticoagulación y tratamiento endovascular en fase aguda.

Resultados: Bajo anticoagulación sistémica se implantó filtro de cava temporal CELER(COOK) para prevención de embolización proximal. Recanalización de oclusión venosa con abordaje contralateral y trombectomía reolítica con sistema ANGIOJET, precisando angioplastia e implante de stents Zilvervena(COOK) y Sinousvena(GRIFFOLS) desde femoral común hasta cava inferior por estenosis residual. Retirada de filtro de cava a las 72 horas tras angioTC venoso que confirma ausencia de restos de trombo. Paciente presentó mejoría inmediata tras procedimiento, alta a las 48 hs con tratamiento anticoagulante y antiagregación.

Conclusiones: En nuestra opinión puede considerarse el tratamiento en fase aguda con terapia endovascular reolítica en casos seleccionados de TVP sintomáticas con fenómenos compresivos tipo Sd de May Turner y con riesgo de embolización proximal.

E-mail: fatiax@hotmail.com

EMPLEO DE ENDOPROTESIS CON FIJACIÓN SUPRA E INFRARRENAL Y ENDOANCHORS EN CUELLO HOSTIL PARA EVAR. LA PLANIFICACIÓN ES LA CLAVE DEL ÉXITO

Autor/es: Gallardo Pedrajas, F., Rodríguez Carvajal, R., Láinez Rube, R., Hollstein, P., García Turrillo, E.

Centro: Hospitales Quironsalud Marbella y Campo de Gibraltar

Objetivo: Presentar el planteamiento y resultado de terapia EVAR en AAA descartado previamente para este tratamiento por anatomía hostile.

Material y Método: Varón de 69 años, fumador e hipertenso con AAA asintomático de 5.5 cm con cuello anatómicamente hostile: corto, cónico invertido, presencia de trombo mural (>4mm en > 70% circunferencia) y arteria polar renal derecha (<3mm). Tras aplicar protocolo de planificación de nuestro centro se consideró apto para EVAR con empleo de endoprótesis con fijación supra e infrarrenal (TREOVANCE - BOLTON) y uso de endoanchors (APTUS-MEDTRONIC). Caso realizado con proctorización de un cirujano vascular experto en empleo de ambos dispositivos.

Resultados: Exclusión percutánea del AAA bajo anestesia loco-regional y sin presencia de endoleaks inmediatos. Liberación de la endoprótesis enrasada a arteria renal mas baja con fijación extra de 6 endoanchors en zonas pre-seleccionadas de pared (trombo < 3 mm) y oclusión intencionada de arteria renal polar derecha. Alta hospitalaria a 24 hs post P-EVAR con reincorporación inmediata a su actividad sin registrar empeoramiento de función renal. TC de control al mes con reducción del AAA a 5.1 cm sin endoleaks. Eco abdominal a 3 meses, en su centro referencia, AAA inferior a 4.5 cm.

Conclusiones: La planificación detallada, el calculo de angulaciones para implante de endoanchors evitando trombo mural y la proctorización por un experto fue clave de éxito en este caso de EVAR en anatomía hostile. Consideramos que nuevas generaciones de endoprótesis y dispositivos de fijación extra permitirán tratar anatomías cada vez mas complejas.

E-mail: fatiax@hotmail.com

NOTAS

NOTAS

NOTAS

NOTAS

NOTAS

NOTAS



Socios protectores



Stands



Colaboradores

