

SOCIEDAD ANDALUZA
DE ANGIOLOGÍA Y
CIRUGÍA VASCULAR

www.sacva.org

XXXVI CONGRESO ANDALUZ

4 • 6 NOVIEMBRE 2021

Hotel Condestable • Jaén

PROGRAMA FINAL



VIAJES *El Corte Inglés*

CONGRESOS



INDICE

- 03 Junta Directiva
- 04 Programa
- 04 Casos Clínicos en Directo
- 12 Abstracts



Junta Directiva

Dr. José Moreno Escobar
Presidente

Dr. Francisco Javier Martínez Gámez
Vicepresidente

Dr. Manuel Rodríguez Piñero
Tesorero

Dr. Fernando Gallardo Pedrajas
Secretario

Comité Científico

Dr. José Damián Herrera Mingorance

Dra. Antonella Craven-Bartle Coll

Dra. Manuel Guillen

Coordinador Congreso

Dr. Francisco Javier Martínez Gámez

Vocales

Dr. Manuel Guillén Fernández
Almería
Asuntos profesionales

Dra. Rosario Conejero Gómez
Cádiz
Investigación, calidad y publicaciones

Dra. Marina Agudo Montore
Córdoba
Residentes

Dr. Rafael Ros Vidal
Granada
Docencia

Dra. Ana Montes Muñoz
Huelva
Investigación, calidad y publicaciones

Dr. José Enrique Mata Campos
Jaén
Adjunto a Secretaría

Dra. María Jesús Lara Villoslada
Málaga
Relaciones con página web y prensa

Dr. Andrés García León
Sevilla
Relaciones con otras sociedades e instituciones



PROGRAMA

Jueves 04 de noviembre

17:00 - 20:00

Curso Precongresual

Taller con Primaria y Urgencias hospitalarias

Actualizaciones diagnósticas y terapéuticas

- Isquemia arterial crónica: ¿Cuáles son los signos de alarma para derivación urgente?
- Insuficiencia venosa crónica: ¿Qué pacientes derivar a consulta?
- Manejo de farmacológico en patología vascular: Antiagregantes vs. Anticoagulantes
- Diferencias entre úlceras arteriales y venosas

Manejo Doppler y Ecodoppler. Taller práctico

- Principios básicos de eco-doppler venoso
- Principios básicos de doppler y ecodoppler arterial

Dr. José Moreno Escobar. Presidente de la SACVA

Dra. Elena Herrero Martínez. Hospital Universitario de Jaén

20:30

Apertura de la Secretaría del Congreso y entrega de documentación

Cóctel de Bienvenida

CASOS CLÍNICOS EN DIRECTO

Viernes 05 de noviembre

Revascularización de MMII con Stent Supera. Dr. Teixeira.

Retransmitido desde el Hospital San Joao. Oporto

Tratamiento Aneurisma de aorta abdominal infrarrenal. Dr. Francisco Javier Martínez Gamez.

Retransmitido desde el Hospital General Universitario. Jaén

Sábado 06 de noviembre

Tratamiento sobre patología distal en MMII. Dr. Mariano Palena

Retransmitido desde el Hospital General Universitario. Jaén

TALLERES

- Medición: Sistema 3mensio
- Manejo patología de MMII: Simulador
- Taller de cierres percutáneos
- Taller de sistemas de reentrada
- Taller aterectomía mecánica. Rotarex

PROGRAMA

Viernes 05 de noviembre

09:00 - 09:10

INAGURACIÓN OFICIAL CONGRESO

09:10 - 10:00

I Mesa de Comunicaciones Orales (C2,C3,C9,C11,C1)

Moderadores:

Dra. Ana Moreno Reina. Hospital General Universitario. Jaén

Dr. José Damián Herrera Mingorance. Hospital Clínico Universitario. Granada

09:10 - 09:20

C-2. El Síndrome Aórtico Hiperagudo (< 24 horas), ¿es un factor de mal pronóstico?

Autores: Abad Gómez David Esteban, Herrera Mingorance José Damian, Agudo Montore Marina, Palomares Morente Begoña, Salmerón Febres Luis Miguel.

Centro: Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada

09:20 - 09:30

C-3. Diferencias en la dilatación del cuello aneurismático entre endoprótesis con fijación con fuerza radial (Anaconda®) y con fijación con polímero (Ovation®)

Autores: Quintero Pérez, Claudia; Manresa Manresa, Francisco; Luna Ávila, Paul Homero; García de Vargas, Antonio; Mengíbar Fuentes, Lucas.

Centro: Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

09:30 - 09:40

C-9. Experiencia inicial de la endoprótesis Excluder Conformable® en el tratamiento de los aneurismas de aorta abdominal infrarrenal

Autores: Vázquez Mosquera, Lara. Hernández Mateo, Manuela. Martínez López, Isaac. Serrano Hernandez, Javier. Baturone Blanco, Adriana.

Centro: Hospital Clínico San Carlos (Madrid)

09:40 - 09:50

C-11. Nuestra experiencia con el uso de la endoprótesis AFX2-VELA ENDOLOGIX en pacientes con patología isquémica y/o aneurismática del sector aorto-iliaco

Autores: Herrero Martínez Elena; Martínez Gámez Francisco Javier; Ana Moreno Reina; Moises Galán Zafra; Elisa Evangelista Sanchez.

Centro: Complejo Hospitalaria de Jaén

09:50 - 10:00

C-1. Experiencia inicial de tratamiento endovascular mediante trombectomía por US (EKOS) en código TEP

Autores: Gallardo Pedrajas F, Rodriguez Morata A, Reyes Ortega JP, Robles Martín ML, Gallego Martín L.

Centro: Hospitales Quironsalud Malaga y Marbella

10:00 - 11:00

Simposio Satelite I. Soluciones GORE para el tratamiento de la patología aneurismática del sector aorto ilíaco: beneficios e importancia de la conformabilidad y precisión en la liberación. Patrocinado por GORE

Discutor: Dr. José Moreno Escobar. Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada

Uso de la Endoprótesis GORE VIABAHN VBX Balón Expandible como “bridge” stent en ramas y fenestraciones: mi experiencia clínica personal y aprendizaje hasta la fecha

Dr. Isaac Martínez López. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Resultados y experiencia en la presentación de la arteria hipogástrica. Estudio IBERVIX

Dr. Jorge Fernández Noya. Hospital Juan Canalejo. La Coruña

PROGRAMA

Viernes 05 de noviembre

11:00 - 11:30

Simposio Satelite II. Patrocinado por Cardiva

Discusor: Dr. Francisco Javier Martínez Gámez. Hospital General Universitario. Jaén

Nueva endoprotesis Treo fenestrada y Stent cubierto ICOVER

Dr. Vicente Rimbau. Hospital Clinic. Barcelona

11:30 - 12:00

Foro de Debate Caso Clínico I

Revascularización de miembro inferior con Stent SUPERA

Discusor: Dra. Elena Herrero Martínez. Hospital Universitario Jaén
Cirujano: Profesor Teixeira. Hospital San Joao. Oporto

12:00 - 13:30

Mesa Redonda: Enfermedad Carotídea

Discusor: Dr. Jose Moreno Escobar. Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada

Tratamiento patología carotídea. Indicaciones según guías clínicas

Dr. José Damián Herrera Mingorance. Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada

Lecciones aprendidas de la práctica en Stenting carotideo

Dra. Elena Herrero Martínez. Hospital General Universitario. Jaén

CCA endoclamping as cerebral protection in CGuard implants

Dr. Tomasso Castrucci. Ospedale S Eugenio. Roma

13:30 - 14:30

Simposio Satelite III: Patrocinado por Prim

Discusor: Dr. Rodrigo Yoldi Bocanegra. Hospital Universitario Torrecardenas. Almería

Presentación Stent fármaco activo autoexpandible de Nitinol Nitides. Estudios y primeros implantes

Dr. José Moreno Escobar. Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada

Lesiones complejas distales con Stent fármaco activo CRE8 BTK

Dr. Francisco Javier Martínez Gámez. Hospital General Universitario. Jaén

14:30 - 16:30

Almuerzo / Simposio

Patrocinado por MEDTRONIC-JOTEC

Discusor: Dr. Manuel Rodríguez Piñero. Hospital Puerta del Mar. Cádiz

Evolución en el tratamiento endovascular de los aneurismas toracoabdominales. Endoprotesis estándar con ramas internas

Dr. Luis Miguel Salmerón Febres. Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada

Dr. Rodrigo Yoldi Bocanegra. Hospital Universitario Torrecardenas. Almería

Dr. Alejandro Rodríguez Morata. Hospital Quiron Salud. Málaga

Aneurismas tratados no resueltos

Dr. Mariano de Blas Bravo. Hospital Universitario de Donosti

PROGRAMA

Viernes 05 de noviembre

- 16:30 - 17:30** **I Mesa de Comunicaciones Póster (P6, P8, P12, P15, P16, P17, P1, P9)**
Moderadores:
Dra. Elena Herrero Martínez. Hospital General Universitario. Jaén
Dr. Manuel Guillen. C. H. U. Torrecardenas. Almería
- 16:30 - 16:36** **P-6. Aneurisma Iliaco Bilateral con Origen de Arteria Renal Anómalo**
Autores: Evangelista Sánchez, Elisa María; Martínez Gámez, Francisco Javier; Galán Zafra, Moises; Moreno Reina, Ana; Mata Campos, Jose Enrique; Herrero Martínez, Elena.
Centro: Complejo Hospitalario de Jaén
- 16:36 - 16:42** **P-8. Endoprótesis Fenestrada pre-canulada Urgente para tratamiento de Aneurisma Tóraco-Abdominal Roto. A propósito de un caso**
Autores: Abad Gómez David Esteban, Herrera Mingorance José Damian, Agudo Montore Marina, Ros Vidal Rafel, Salmerón Febres Luis Miguel.
Centro: Hospital Universitario Clínico San Cecilio
- 16:42 - 16:48** **P-12. Resolución endovascular de pseudoaneurisma infeccioso en arteria iliaca común con rotura contenida**
Autores: Viñán Robalino, Cristian Eduardo. Conejero Gómez, María Rosario. Navarro Garré, Marina. Astudillo Reyes, Pedro Santiago. Rodríguez Piñero, Manuel.
Centro: Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España
- 16:48 - 16:54** **P-15. Linforragia cervical como complicación tras tevar**
Autores: Galán Zafra, M. Herrero Martínez, E. Martínez Gámez, FJ. Moreno Reina, A. Mata Campos, JE.
Centro: Complejo Hospitalario de Jaén
- 16:54 - 17:00** **P-16. Isquemia renal aguda. A propósito de dos casos**
Autores: Palomares Morente, Begoña; Ros Vidal, Rafael; Ramos Gutierrez, Victoria Eugenia; Herrera Mingorance, Jose Damián; Salmerón Febres, Luis Miguel.
Centro: Hospital San Cecilio, Granada
- 17:00 - 17:06** **P-17. Iatrogenia de aorta abdominal en cirugía radical de tumoración retroperitoneal**
Autores: Águila Zurita, Carlos David Morales Olmos, María José García Pérez, Cristina Landaluce, Martín Chávez Lozano Ruiz, Cristina.
Centro: Centro Hospitalario Universitario de Albacete
- 17:06 - 17:12** **P-1. Tratamiento Endovascular Urgente De Aneurisma Hepático Gigante En 2 Tiempos**
Autores: Gallardo Pedrajas F, Gallego Martín L, Robles Martín ML, Reyes Ortega JP, Rodríguez Morata A.
Centro: Hospitales Quironsalud Málaga y Marbella
- 17:12 - 17:18** **P-9. Alternativa terapéutica ante el pseudoaneurisma hepático**
Autores: Guillén Cascales, Ana Isabel. Rastrollo Sánchez, Irene. Rodríguez Carmona, Rocio Belén. Guillén Fernández, Manuel. Yoldi Bocanegra, Rodrigo
Centro: C.H.U. Torrecárdenas



PROGRAMA

Viernes 05 de noviembre

17:30 - 18:30

Simposio Satelite IV: Patrocinado por Merit

Discusor: Dr. Manel Arrebola López. Hospital la Fe. Valencia

Ablación mecánico-química de ejes safenos fuera de quirófano. Experiencia propia

Dr. Octavio Cosin Sales. Hospital Universitario de la Ribera. Alzira

18:30 - 19:00

Foro de Debate Caso Clínico II

Tratamiento endovascular aneurisma de aorta

Discusor: Dr. Lucas Mengibar Fuentes. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

Cirujano: Dr. Francisco Javier Martínez Gámez. Hospital General Universitario. Jaén

19:00 - 20:00

Simposio Satelite V: Patrocinado por Lixel

Moderador: Dr. Francisco Javier Martinez Gamez. Hospital General Universitario Jaén

Reconstrucción de la bifurcación aórtica. Nuevas perspectivas

Dr. Omar Andrés Navarro. Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Girona

Nuestra experiencia con Stent femoropoplíteo Helicoidal 3D Biomimics Veryant

Dr. Santiago Gil Sánchez. Hospital General Universitario. Alicante

Cena libre

PROGRAMA

Sábado 06 de noviembre

09:00 - 10:00

II Mesa de Comunicaciones Póster (C4,C10,C7,C8,C5)

Moderadores:

Dr. Moisés Galán Zafra Hospital General Universitario. Jaén.

Dr. Fernando Gallardo Pedrajas. Hospital Quiron Málaga

09:00 - 09:10

C-4. Uso de stent farmacoactivo en el sector infrapoplíteo

Autores: Gutiérrez Vélez, Alvaro José Ros Vidal, Rafael Abad Gómez, David Esteban Herrera Mingorance, Jose Damián Salmerón Febres, Luis Miguel.

Centro: Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada

09:10 - 09:20

C-10. Nuestra experiencia en la utilización del stent autoexpandible de nitinol Biomimics3D en la isquemia arterial crónica de miembros inferiores

Autores: Moreno Reina, Ana; Martínez Gámez, Francisco Javier; Herrero Martínez, Elena; Galán Zafra, Moisés; Elisa María Evangelista Sánchez.

Centro: Complejo Hospitalario Médico-Quirúrgico de Jaén

09:20 - 09:30

C-7. Bypass distal a poplítea. Experiencia más reciente en nuestro Centro

Autores: Palomares Morente, Begoña. Ros Vidal, Rafael. Herrera Mingorance, Jose Damián. Abad Gómez, David Esteban. Salmerón Febres, Luis Miguel.

Centro: Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada

09:30 - 09:40

C-8. Resultados del tratamiento de la estenosis carotídea mediante Stent carotideo. Experiencia propia

Autores: Martínez Gamez, Francisco Javier; Mata Campos, Jose Enrique; Herrero Martínez, Elena; Galan Zafra, Moises; Moreno Reina, Ana

Centro: Hospital General Universitario de Jaén

09:40 - 09:50

C-5. Paraganglioma Carotídeo: Más De 20 Años De Experiencia

Autores: Navarro Garre, Marina. Craven-Bartle Coll, Antonella. Astudillo Reyes, Pedro Santiago. Viñan Robalino, Cristian Eduardo. Rodríguez Piñero, Manolo.

Centro: Hospital Universitario Puerta del Mar (Cádiz)

10:00 - 11:30

Mesa Redonda: Novedades en el Síndrome Postrombótico

Moderador: Dr. Francisco Javier Martínez Gámez. Hospital General Universitario. Jaén

Discusor: Dr. Ignacio María Lojo Rocamonde Hospital Quirón Salud-Coruña

Ponentes:

Dr. Luis Miguel Izquierdo Lamoca. Hospital HM - Montepincipe. Madrid.

Dra. Marta Ramirez Ortega. Hospital Quiron - Salud La Luz. Madrid.

Dr. Alejandro Rodriguez Morata. Hospital Quirón Salud Málaga

Temas a debate:

- ¿Qué estudios preoperatorios se deben realizar?
- ¿Cuál es la estrategia de acceso?
- ¿Qué materiales deberemos utilizar?
- ¿Cómo realizar el procedimiento?
- Resultados del tratamiento endovascular y guías clínicas

PROGRAMA

Sábado 06 de noviembre

- 11:30 - 12:30** **II Mesa de Comunicaciones Póster (PI4,P10,P2,P3,P4,P5,P7,P13)**
Moderadoras:
Dra. Elisa Evangelista.. Hospital General Universitario. Jaén
Dra. Antonella Craven-Bartle Coll. H. U. Puerta del Mar. Cádiz
- 11:30 - 11:36** **P-14. Arterialización venosa percutánea como alternativa terapéutica a la amputación mayor en paciente con isquemia crítica de miembro inferior**
Autores: Moreno Reina, Ana; Martínez Gámez, Francisco Javier; Herrero Martínez, Elena; Galán Zafra, Moisés; Evangelista Sánchez, Elisa María.
Centro: Complejo Hospitalario Médico-Quirúrgico de Jaén
- 11:36 - 11:42** **P-10. Clostridium Sordelli: Infección atípica en paciente con amputación supracondilea**
Autores: Águila Zurita, Carlos David Romero Estrella, María Pérez Sánchez, José Miguel Lozano Ruiz, Cristina Landaluce Chávez, Martín.
Centro: Complejo Hospitalario Universitario de Albacete
- 11:42 - 11:48** **P-2. Isquemia subaguda en miembro inferior tras colocación de stent recubierto en arteria femoral común por complicación en implante de TAVI**
Autores: Manrubia Salazar, Inmaculada; Fernández Herrera, Jerónimo Antonio; Ros Vidal, Rafael; Abad Gómez, David Esteban; Salmerón Febres, Luis Miguel.
Centro: Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada
- 11:48 - 11:54** **P-3. Linfedema Secundario A Linfadenitis Necrotizante De Kikuchi. A propósito de un caso**
Autores: Romero Estrella María del Rosario Águila Zurita Carlos David Lozano Ruiz Cristina Fernández Catalán Carol Landaluce Chaves Martín.
Centro: Complejo Hospitalario de Albacete
- 11:54 - 12:00** **P-4. Síndrome del desfiladero torácico por costilla cervical derecha accesoria. A propósito de un caso**
Autores: García de Vargas, Antonio. Aragón Ropero, Pedro Pablo. González Cruz, Victoria Yoliver. Manresa Manresa, Francisco. Mengibar Fuentes, Lucas
Centro: Hospital Universitario Virgen del Rocío
- 12:00 - 12:06** **P-5. Malperfusión hepática tras reparación de disección aórtica tipo A. A propósito de un caso**
Autores: Juárez Alonso, Laura; Baturone Blanco, Adriana; Martínez López, Isaac; Martín Conejero, Antonio; Serrano Hernando, Francisco Javier.
Centro: Hospital Clínico San Carlos
- 12:06 - 12:12** **P-7. Trombectomía Mecánica Reolítica de Vena Cava inferior por Trombosis Séptica en Urgencia Oncológica: a propósito de un caso**
Autores: González Rodríguez ,P; Rodríguez Morata, A; Gallardo Pedrajas, F; Reyes Ortega, JP; Robles Martín, M.
Centro: Hospital QuirónSalud Málaga y Marbella



PROGRAMA

Sábado 06 de noviembre

-
- 11:30 - 12:00** **II Mesa de Comunicaciones Póster (P14,P10,P2,P3,P4,P5,P7,P13)**
-
- 12:12 - 12:18** **P-13. Embolismo sistémico masivo secundario a mixoma auricular en paciente joven**
Autores: Morgado Ortega, Carmen; González Álvarez, Adrián Aguirre; Toro Barahona, Teresa; Hebberecht López, Marina; Collado Bueno, Gabriel.
Centro: Hospital Universitario de Badajoz
-
- 12:30 - 13:00** **Conferencia Magistral**
Conquistando la frontera. Posibilidades y tratamiento endovascular
Ponente: Dr. August Isa. Hospital Cruces. Bilbao
-
- 13:30 - 14:00** **Foro de debate III**
Revascularización distal miembro inferior. Abordajes y Trucos
Discusor: Dr. August Ysa. Hospital Cruces. Bilbao
Cirujano: Dr. Mariano Palena. Bolonia
-
- 14:00 - 15:00** **Caso enlatado: Sistema de reentrada OutBack en lesiones complejas de femoral superficial**
-
- 15:00 - 16:30** **Almuerzo / Simposio**
Patrocinado por Biotronik
Moderador: Dr. Rodrigo Yoldi Bocanegra. Hospital Torrecardenas. Almería
Evidencia clínica y experiencia del balón fármaco-activo PASSEO-18 LUX y del stent autoexpandible PULSAR-18 T3 en el sector femoropoplíteo. presentación del registro ANDALUX T3
Dr. Luis Miguel Salmeron Febres. Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada
Dr. Juan Pedro Reyes Ortega. Hospital Quirón Salud. Málaga
Dr. Jorge Cuenca Manteca. Hospital General Santa Lucía. Cartagena
Premios de Científicos. Becas
Cierre Congreso
Dr. José Moreno Escobar. Presidente de la SACVA
Dr. Francisco Javier Martínez Gámez. Organizador
-
- 17:00** **ASAMBLEA ORDINARIA DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR**
Primera Convocatoria
-
- 17:30** Segunda Convocatoria

ABSTRACTS

C-2. El Síndrome Aórtico Hiperagudo (< 24 horas), ¿es un factor de mal pronóstico?

Abad Gómez David Esteban, Herrera Mingorance José Damian, Agudo Montore Marina, Palomares Morente Begoña, Salmerón Febres Luis Miguel.

Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada

Objetivo: Valorar si la temporalidad en la presentación (< 24H) del Síndrome Aórtico Agudo (SAA) es un factor de mal pronóstico.

Material y Método: A partir de una base de datos retrospectiva de pacientes intervenidos con diagnóstico de SAA en los últimos 5 años. Se realizó un estudio comparativo entre los pacientes con más o menos de 24 horas de evolución clínica. El análisis se realizó en SPSS-v25, mediante un estudio descriptivo, bivalente y de supervivencia.

Resultados: La muestra (n=18) se conforma de 14 hombres (77.8%) con edad media de 67.1 +/- 13.4 años. 7 pacientes (38.9%) presentaron clínica de menos de 24 horas. 9 pacientes (50%) eran fumadores y 3 (16.7%) exfumadores. 13 pacientes (72.2%) eran hipertensos. El seguimiento medio de la muestra fue de 12.8 (0-36) meses. La mortalidad general alcanzó el 22.2% y la perioperatoria 5.6%. En el análisis bivalente, comparamos dos grupos: G1 (<24 hrs, n=7) y G2 (> 24 hrs, n=11). En G1, se encontró una proporción mayor de fumadores (G1:66,7%; G2:33,3; p=0.02), menor de úlcera penetrante de aorta (G1:0%; G2:100%; P=0.17), y mayor de Hematoma Intramural (HIM) (G1:66,7%; G2:33,3; p=0.87). No se encontró diferencia significativa en la mortalidad global (P=0,07) aunque sí tendencia a la significación.

Conclusiones: - La presentación hiperaguda del SAA se asocia con pacientes fumadores y con diagnóstico de HIM. - Podría existir relación de la mortalidad global con el inicio del cuadro clínico precoz, aunque se precisan más estudios.

C-3. Diferencias en la dilatación del cuello aneurismático entre endoprótesis con fijación con fuerza radial (Anaconda®) y con fijación con polímero (Ovation®).

Quintero Pérez, Claudia; Manresa Manresa, Francisco; Luna Ávila, Paul Homero; García de Vargas, Antonio; Mengibar Fuentes, Lucas;

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivo: Determinar si la dilatación del cuello aórtico en los pacientes tratados mediante endoprótesis Anaconda® es mayor que en los tratados mediante Ovation® y determinar su relación con la aparición de complicaciones.

Material y Método: Estudio unicéntrico, analítico y retrospectivo de 78 pacientes intervenidos de AAA infrarrenal asintomáticos mediante EVAR (abril 2014-junio 2016). Los 66 pacientes con criterios de inclusión se dividieron en: 41 pacientes Anaconda® (Grupo ANA) y 25 Ovation® (Grupo OVA), y fueron seguidos durante 1 año.

Resultados: Se midió la dilatación del cuello aórtico en angio-TC (mes y año) y se analizó su relación con la migración, endofuga, la tasa de reintervención y exitus. Durante el primer año existió una dilatación en el grupo ANA de 3,0 mm [2,05-4,45] y en el grupo OVA de 1,1 mm [0,5-2,6], p<0,001, produciéndose durante los 11 meses siguientes tras el primer angio-TC: (grupo ANA de 0,8 mm [0,1-1,5] y grupo OVA de -0,2 [-0,9-0,75], p<0,001). La migración protésica fue de -1,4 mm [-4,05-0,55] mm en grupo ANA y 0,1 mm [-1,4-1,2], p=0,032 en grupo OVA, y no se estableció relación con la dilatación. No hubo endofuga, reintervenciones o exitus.

Conclusiones: La dilatación progresiva del cuello aneurismático fue mayor en Anaconda® debido a la fuerza radial crónica del stent de nitinol sobre la pared aórtica, hecho que no se produce en tanta medida en Ovation® (sistema de fijación mediante polímeros). Podríamos relacionar esta diferencia como un factor de peor pronóstico, ya que la dilatación progresiva del cuello provocaría finalmente la migración. Faltan estudios con un mayor seguimiento que demuestre esta relación.

ABSTRACTS

C-9. Experiencia inicial de la endoprótesis Excluder Conformable® en el tratamiento de los aneurismas de aorta abdominal infrarrenal

Vázquez Mosquera, Lara. Hernández Mateo, Manuela. Martínez López, Isaac. Serrano Hernando, Javier. Baturone Blanco, Adriana
Hospital Clínico San Carlos (Madrid)

Objetivo: El cuello hostile persiste como un desafío en el EVAR. La endoprótesis Excluder-Conformable®(EXC) amplía las instrucciones de uso en cuellos cortos (10-15mm longitud) y angulados (60-90°). El objetivo de este estudio es analizar la experiencia inicial con EXC en nuestro centro.

Material y Método: Estudio retrospectivo incluyendo pacientes intervenidos de forma electiva por AAA entre 2018-2021 con EXC. Análisis de comorbilidades, características anatómicas y resultados. Hemos empleado este dispositivo en casos seleccionados: longitud 10-15mm, angulación $\geq 60^\circ$ y diámetro 16-32mm.

Resultados: Veinte pacientes intervenidos (85% varones, edad 79 ± 7 años). Diámetro, longitud y angulación media del cuello de $21,3 \pm 3$ mm, $29,2 \pm 17$ mm y $41,3 \pm 27^\circ$, respectivamente. Las indicaciones de implantación de EXC fueron: - 4 con cuello 10-15mm + angulación $< 60^\circ$ (20%) - 4 con cuello ≥ 15 mm + angulación 60-90° (20%) - 6 con cuello > 40 mm longitud (30%) - 3 con cuello < 19 mm diámetro (15%) - 1 cuello > 15 mm + angulación $> 90^\circ$. Éxito técnico del 100% utilizando el sistema de angulación en todos los casos con cuello corto y/o angulado. Un paciente con angulación severa del cuello precisó un cuff proximal intraoperatorio para aumentar la longitud de sellado. No hubo complicaciones precoces. El seguimiento mediano fue de 11 meses (1-35). Supervivencia a 1 año 81,4%, sin muertes relacionadas con el aneurisma. No hubo migración, fugas I/III, oclusión de rama ni reintervenciones.

Conclusiones: La experiencia inicial con EXC es buena, ampliando el rango de pacientes susceptibles de EVAR. No obstante, es necesario un mayor número de pacientes y seguimiento a largo plazo para confirmar su seguridad y eficacia.

C-11. Nuestra experiencia con el uso de la endoprótesis AFX2-VELA ENDOLOGIX en pacientes con patología isquémica y/o aneurismática del sector aorto-iliaco.

Herrero Martínez Elena; Martínez Gámez Francisco Javier; Ana Moreno Reina; Moises Galán Zafra; Elisa Evangelista Sanchez.
Complejo Hospitalaria de Jaén

Objetivo: Mostrar los resultados del implante de endoprótesis AFX2 en pacientes con patología aneurismática/isquémica del sector aortoiliaco.

Material y Método: Análisis retrospectivo descriptivo y unicéntrico de los implantes de endoprótesis AFX2. Tiempo de estudio desde 1 abril de 2018 a 30 agosto de 2021. El seguimiento fue clínico, con eco-doppler y angioTAC al mes, 3, 6 y 12 meses.

Resultados: 28 pacientes fueron incluidos con media de edad de 69, de los cuales 27 hombres. Variables demográficas: HTA (24; 85%); DL (16; 57%); DM (7; 25%); CI (12; 42,8%); IRC (6; 21,4%). Las indicaciones fueron patología aneurismática en 19, isquémica en 10 (4 pacientes con ambas patologías) y 3 con úlcera penetrante. La técnica quirúrgica más común fue la combinación entre disección de ingle derecha y punción contralateral (19 pacientes, 67,8%). Sistema VELA fue usado en 16 (57,14%) y tratamiento endovascular adicional en 5. Tuvimos 4 endofugas (14,2%); 3 tipo II y 1 tipo IA, resuelta con VELA). Usamos angiografía con CO2 en 16 casos (57,14%; 8 de forma exclusiva) y la media de contraste fue 53,78cc. Éxito técnico en 100%, el tiempo de hospitalización fue 2,5 días y la mortalidad debida al procedimiento 0%. Media de seguimiento de 10 meses (clínico, eco-doppler +/- angioTAC).

Conclusiones: AFX2 es una opción segura y efectiva en pacientes con patología aneurismática/isquémica del sector aorto-iliaco, especialmente con accesos pequeños y bifurcaciones estrechas. Permite el uso de bajas dosis de contraste debido a que se ancla en la bifurcación y no es necesario cateterizar la pata contralateral.

ABSTRACTS

C I. Experiencia inicial de tratamiento endovascular mediante trombectomía por US (EKOS) en código TEP.

Gallardo Pedrajas F, Rodriguez Morata A, Reyes Ortega JP, Robles Martín ML, Gallego Martín L.

Hospitales Quironsalud Malaga y Marbella

Objetivo: El objetivo de esta comunicación es presentar nuestra experiencia inicial mediante la trombectomía guiada por catéter y ultrasonidos en el tratamiento de TEP submasivos/masivos de riesgo intermedio-alto dentro de un código TEP. (PERT-Pulmonary Embolism Rescue Team).

Material y Método: Se presentan dos casos clínicos consecutivos de pacientes con TEP masivo de riesgo alto, con disfunción ventricular severa e inestabilidad HD tratados de modo urgente mediante trombectomía guiada por catéter con ultrasonidos y fibrinolisis local con el sistema EKOS.(Boston SC)

Resultados: En ambos casos clínicos se decidió tratamiento urgente tras valoración por un equipo multidisciplinar (Urgencias, UCI, cardiología, Neumología, Angiología) dada la inestabilidad HD, HTP severa, la disfunción ventricular y un elevado riesgo de secuelas y morbilidad a corto-medio plazo. Ambos procedimientos se realizaron bajo anestesia local, por acceso venoso femoral eco-guiado, y cateterización directa de arterias pulmonares dejando catéteres distales a zonas de oclusión pulmonar durante 6-12hs con perfusión de rtPA. Tras vigilancia HD en UCI, y sin complicaciones hemorrágicas ambos pacientes presentaron mejoría clínica, de parámetros hemodinámicas y ecográficos. El seguimiento a medio plazo de los pacientes es positivo, sin datos de HTP severa, disfunción ventricular ni secuelas graves.

Conclusiones: Los nuevos avances en terapias endovasculares permiten mejorar los resultados en el tratamiento intervencionista del TEP de riesgo intermedio-alto, con menor riesgo hemorrágico asociado. En casos seleccionados la extracción rápida del trombo puede permitir una recuperación ventricular más rápida y mayor prevención del fallo cardíaco derecho y la hipertensión pulmonar que el tratamiento conservador mediante anticoagulación.

P-6. ANEURISMA ILIACO BILATERAL CON ORIGEN DE ARTERIA RENAL ANÓMALO

Evangelista Sánchez, Elisa María; Martínez Gámez, Francisco Javier; Galán Zafrá, Moises; Moreno Reina, Ana; Mata Campos, Jose Enrique; Herrero Martínez, Elena.

Complejo Hospitalario de Jaén.

Introducción: La reparación endovascular de los aneurismas aortoiliacos es una alternativa segura a la cirugía abierta sobre todo en pacientes de alto riesgo ya que es un procedimiento mínimamente invasivo. En ocasiones existen limitaciones determinadas por las características anatómicas del cuello proximal y arterias iliacas.

Caso clínico: Varón de 69 años con HTA, DLP, exfumador; discopatía L5-S1, síndrome coronario agudo con enfermedad de 3 vasos revascularizado con FEVI severa-moderada deprimida (35%). Derivado a nuestras consultas por objetivar en el estudio de malformación renal un aneurisma iliaca común bilateral. En el angioTAC se objetiva aneurisma de iliaca común derecha de 4 cm, e iliaca común izquierda 3,5 con riñones pélvicos fusionados y malrotados localizados en fosa iliaca derecha, con origen de la arteria renal anómalo a nivel de bifurcación iliaca.

Material y Método: Dados los antecedentes del paciente decidimos realizar un abordaje híbrido en dos tiempos, un primer tiempo realizamos un bypass iliorenal con Dacron 8 mm vía retroperitoneal tras el que presentó edema agudo de pulmón que mejoró con tratamiento; para posteriormente realizar un tratamiento endovascular mediante prótesis Gore Excluder con Branch iliaco bilateral cuyo postoperatorio curso sin incidencias. En el TAC de control no se objetivan endofugas manteniéndose el bypass permeable y con funcional renal normal.

Comentarios: Las anatomías desfavorables en los pacientes con enfermedad aneurismática a nivel aortoiliaco y con alto riesgo quirúrgico constituyen un reto en la planificación quirúrgica. El abordaje híbrido en estos pacientes constituyen una excelente opción terapéutica disminuyendo la agresión quirúrgica y con excelente resultado.

ABSTRACTS

P-8. Endoprótesis Fenestrada pre-canulada Urgente para tratamiento de Aneurisma Tóraco-Abdominal Roto. A propósito de un caso.

Abad Gómez David Esteban, Herrera Mingorance José Damian, Agudo Montore Marina, Ros Vidal Rafel, Salmerón Febres Luis Miguel.

Hospital Universitario San Cecilio

Introducción: El tratamiento del Aneurisma Tóraco-Abdominal (ATA) roto es un reto para los cirujanos vasculares, debido a su complejidad y alta mortalidad perioperatorio. Actualmente las endoprótesis han cambiado el enfoque terapéutico. En casos urgentes los stents en paralelo, chimeneas y endoprótesis con fenestraciones eran la opción quirúrgica endovascular. Ahora disponemos de endoprótesis fenestradas pre-canuladas que se ajustan a distintas anatomías y son una opción en el tratamiento.

Caso clínico: Paciente es llevada al hospital, por cuadro de dos días de evolución de dolor torácico intenso, crisis hipertensiva y disnea. En Angio-TAC urgente se observó un Aneurisma Tóraco-Abdominal Tipo II, 70 mm de diámetro máximo, tratado parcialmente, con ulceración de la pared en T-12, rarefacción de la grasa y derrame pleural. No se observaron alteraciones a nivel infrarrenal. Inicialmente se implantó endoprótesis torácica por encima del tronco celíaco solapada con la previa. Posteriormente desplegamos endoprótesis de ramas internas pre-canuladas solapando con la anterior. Desde el abordaje axilar derecho, se canalizaron las distintas ramas con el sistema de pre-canulado y completamos el sellado con stents recubiertos. Finalizamos el procedimiento colocando un cuff distal enrasado en aorta infrarrenal por encima de la bifurcación.

Material y Método: Paciente mujer de 66 años, con antecedentes de hipertensión, ex fumadora y aneurisma ATA tratado mediante TEVAR en otro centro, hace 12 años y sin seguimiento. Caso Clínico.

Comentarios: Actualmente el TEVAR, se considera de primera línea en la rotura de ATA y alto riesgo quirúrgico. El uso de endoprótesis multi-ramas pre-canuladas es una opción eficaz en caso de anatomía favorable.

P-12. Resolución endovascular de pseudoaneurisma infeccioso en arteria iliaca común con rotura contenida.

Viñán Robalino, Cristian Eduardo. Conejero Gómez, María Rosario. Navarro Garré, Marina. Astudillo Reyes, Pedro Santiago. Rodríguez Piñero, Manuel.

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España.

Introducción: Los aneurismas infecciosos constituyen una patología con una baja prevalencia y alta morbimortalidad y representan un desafío médico, ya que suelen tener un diagnóstico y tratamiento complejo y multidisciplinario.

Caso clínico: Hombre de 70 años que presenta como antecedentes destacados: HTA, DLP, DM2 y ex ADVP. Referido por fiebre, dolor abdominal y hallazgo en TAC de PSA en arteria iliaca común izquierda con extravasación de contraste. A la exploración física destaca un abdomen globuloso y dolor en hipocondrio izquierdo. En hemocultivos crece Estafilococo Aureus meticilin sensible por lo que se inicia cloxacilina IV. Junto con servicio de Infeccioso se decide posponer cirugía una vez se negativicen dos hemocultivos seriados.

Material y Método: Se realiza colocación de endoprótesis Viabahn VBX 10x79 mm con balón expandible + Begraft 9x59 mm en arteria iliaca común hasta iliaca externa izquierda, con buen resultado intraoperatorio. Al día siguiente el paciente presenta distensión abdominal por lo que se solicita angio TAC de control, que demuestra rotura contenida a nivel de bifurcación aórtica proximal a los stents colocados, hematoma retroperitoneal extenso y persistencia del PSA. A las 24 horas se realiza implante de endoprótesis aorto biilíaca AFX de 22x60 mm en cuerpo y ramas de 13x40 mm. En angio TAC de control no hay signos de endofuga. Se continúa con cloxacilina + rifampicina durante 6 semanas hasta el alta con evolución favorable.

Comentarios: El manejo endovascular puede ser una alternativa razonable en pacientes seleccionados. El tratamiento antibiótico dirigido, la resolución de la clínica y la ausencia de colecciones son factores de pronóstico favorable.

ABSTRACTS

P-15.LINFORRAGIA CERVICAL COMO COMPLICACION TRAS TEVAR

Galán Zafra,M . Herrero Martínez,E. Martínez Gámez,FJ. Moreno Reina,A. Mata Campos,JE.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAEN

Introducción: Las linforragias a nivel de miembros inferiores son relativamente frecuentes en el contexto de la cirugía del sector femoro-poplíteo pero a nivel cervical son más excepcionales.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 63 años derivado tras el hallazgo casual de una úlcera aórtica penetrante en la zona del cayado.

Material y Método: A la semana se implanta endoprótesis Relay de 36x190 mm y colocación Amplatzer de 12x8mm en art. subclavia izquierda. Al mes comienza con tumoración en región cervical izquierda que se drena con salida de líquido claro diagnosticándolo de linforragia que es tratada con terapia Pico y antibióticos presentando cierres y drenajes espontáneos recurrentes. Al año el paciente presenta dolor torácico inespecífico diagnosticándole una fuga tipo Ib con crecimiento de la aorta distal al implante que es corregida con endoprótesis Gore 40x150 mm. Tras este último implante la linforragia se intensifica con acúmulo importante de linfa que precisa de drenajes quirúrgicos por sensación disneica. Debido a esto se decide comentar el caso con el Servicio de Cirugía Torácica que propone la ligadura del conducto torácico, intervención que se realiza por toracoscopia momento desde el cual el débito disminuye drásticamente.

Comentarios: El temor a una infección y la consiguiente decisión de sustitución del material protésico por otro alterativo puede conllevar graves complicaciones y aumento de la morbi-mortalidad, por lo que la ligadura del conducto torácico debe ser considerada como posible solución al problema.

P-16.ISQUEMIA RENAL AGUDA. A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

Palomares Morente, Begoña; Ros Vidal, Rafael; Ramos Gutierrez, Victoria Eugenia; Herrera Mingorance, Jose Damián; Salmerón Febres, Luis Miguel.

Hospital San Cecilio, Granada

Introducción: La isquemia renal aguda es una patología infrecuente, con una incidencia anual del 1\4%. La etiología más frecuente del infarto renal es la embolia renal; siendo la fibrilación auricular la principal fuente embólica. La oclusión de la arteria principal o de sus ramas, origina un infarto renal, con necrosis y daño irreversible, en un parénquima con baja tolerancia a la isquemia.

Caso clínico: Presentamos a dos pacientes de 49 años y de 70 años respectivamente, que consultan en Urgencias por dolor súbito, intenso y persistente, uno abdominal y el otro en flanco y fosa lumbar. El abdomen era doloroso a la palpación profunda, sin irritación peritoneal. EKG: ritmo sinusal, sin alteraciones en la repolarización. En el TAC con contraste se aprecia hipocaptación en el riñon derecho y defectos de replección en el origen de la arteria renal, sugestivos de trombo.

Material y Método: Uno se trata con un stent recubierto(VBX®) asociado a fibrinólisis intraarterial con urokinasa. El segundo se trata mediante tromboaspiración con angiojet ® junto con un stent recubierto(VBX®). Ambas intervenciones se realizan a través de abordaje humeral, y transcurren de forma exitosa y sin incidencias, procediéndose al alta a los pocos días.

Comentarios: En la bibliografía se describen series de casos o casos aislados, con heterogeneidad en su etiología; por lo que debido a la baja incidencia, el tratamiento no está protocolizado. En la literatura se ha tratado mediante cirugía, stent, fibrinólisis sistémica/intra-arterial, tromboaspiración, o de forma conservadora con anticoagulación cuando el pronóstico de recuperación funcional es francamente malo.

ABSTRACTS

P-17. Iatrogenia de aorta abdominal en cirugía radical de tumoración retroperitoneal.

Águila Zurita, Carlos David Morales Olmos, María José García Pérez, Cristina Landaluce, Martín Chávez Lozano Ruiz, Cristina
Centro Hospitalario Universitario de Albacete

Introducción: Actualmente la incidencia de lesión vascular retroperitoneal se torna en un rango del 0.05% al 26% según reporte de serie de casos debido a la alta demanda de procedimientos quirúrgicos.

Caso clínico: Varón de 35 años con antecedente de carcinoma de células germinales no seminomatoso, estadio IV, con presencia de gran masa tumoral retroperitoneal sin datos de infiltración vascular; se somete a resección quirúrgica abierta mediante laparotomía media por el servicio de Urología, cursando el tiempo quirúrgico se evidencia adherencia a columna dorso-lumbar; vena cava inferior y aorta abdominal. Durante la disección medial de la aorta sobre su bifurcación se produce la rotura traumática de la pared posterior yuxta renal, lateral izquierda y sección de arteria mesentérica inferior; realizándose clampaje aórtico infra renal (30-40 min en total), extirpación de masas tumoral. Ante la evidencia de muñón aórtico escaso se realiza clampaje supra renal y ligadura de arteria mesentérica inferior. Dada la amplitud de los daños se realiza by-pass aorto-aórtico con prótesis recta de dacron de 14mm desde aorta infra renal, comprobando posteriormente buena pulsatilidad del mismo y buena perfusión distal. Durante la estancia hospitalaria presenta compromiso vascular renal, debido a infarto renal derecho, requiriendo hemodiálisis, no presenta compromiso vascular en extremidades inferiores, ni secuelas neurológicas. Con alta médica hospitalaria a los 8 días posteriores a la intervención quirúrgica.

Material y Método: A propósito de un caso

Comentarios: El abordaje quirúrgico multidisciplinar con el servicio de angiología y cirugía vascular; en lesiones con compromiso vascular debe ser una prioridad, debido su alta complejidad y morbimortalidad asociada.

P-1. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR URGENTE DE ANEURISMA HEPÁTICO GIGANTE EN 2 TIEMPOS.

Gallardo Pedrajas F, Gallego Martín L, Robles Martín ML, Reyes Ortega JP, Rodríguez Morata A.

Centro: Hospitales Quironsalud Málaga y Marbella

Introducción: Los aneurismas de las arterias viscerales son entidades raras que pueden involucrar distintos segmentos del tronco celíaco, arterias mesentéricas superiores o inferiores y/o sus ramas. Pueden tratarse mediante técnicas de exclusión del aneurisma, excisión quirúrgica o revascularización. El objetivo es presentar el tratamiento endovascular urgente de un aneurisma hepático gigante (9cm) con éxito en dos procedimientos.

Caso clínico: Varón de 47 años, obeso, que acude a urgencias con dolor abdominal agudo en el flanco derecho. Antecedentes de HTA y tabaquismo activo. Estudio eco-doppler abdominal urgente muestra dilatación de la arteria hepática distal y AngioCT urgente confirma el diagnóstico de un aneurisma hepático distal gigante (9cm), calcificado, siendo el resto de la aorta y ramas viscerales normales.

Material y Método: Procedimiento 1: implante de stent no cubierto en arteria hepática distal + embolización del saco aneurismático con coil. Control CT a 1 mes: Endoleak tipo I con crecimiento de saco a 9,7 mm. Procedimiento 2: Embolización del saco remanente con coils + colocación de stent recubierto desde TC hasta la arteria esplénica. Paciente permaneció asintomático desde primer procedimiento, pero con elevación transitoria de las enzimas hepáticas. No datos de insuficiencia hepática en el seguimiento con angioTC que confirma exclusión completa del aneurisma visceral a 4 meses.

Comentarios: Este caso manifiesta que puede realizarse el tratamiento endovascular con éxito de los aneurismas de arterias viscerales, con baja morbi-mortalidad peri-procedimiento pero con elevada exigencia de habilidades endovasculares. Tener un plan B en estos procedimientos es fundamental dado que las zonas del sellado proximal y distal suelen ser mínimas e inestables.

ABSTRACTS

P-9. Alternativa terapéutica ante el pseudoaneurisma hepático.

Guillén Cascales, Ana Isabel. Rastrollo Sánchez, Irene. Rodríguez Carmona, Rocio Belén. Guillén Fernández, Manuel. Yoldi Bocanegra, Rodrigo
C.H.U. Torrecárdenas

Introducción: El pseudoaneurisma de la arteria hepática es una entidad patológica poco frecuente. Entre sus principales etiologías destacan: traumatismos, lesiones iatrogénicas, anastomosis vasculares y fenómenos infecciosos. Su manifestación clínica más frecuente es la hemorragia digestiva alta (HDA), aunque también pueden presentarse como dolor abdominal, ictericia o no dar ninguna sintomatología.

Caso clínico: Paciente varón de 78 años sometido a una pancreatectomía total por adenocarcinoma en la cabeza del páncreas. Al mes de dicha intervención, presentó episodios de HDA que requirieron reintervención quirúrgica; resección de la anastomosis gastro-yeyunal, nueva anastomosis y reconstrucción del tránsito en Y de Roux. Al tercer día postoperatorio, el paciente comienza con sudoración, febrícula, ictericia, elevación de enzimas hepáticas y colestasis. Ante esta evolución, se realiza angio-TAC que muestra la existencia de un pseudoaneurisma de 4 x 3 cm de la arteria hepática. A través de un abordaje humeral izquierdo, se realiza angiografía que confirma pseudoaneurisma distal a la arteria gastroduodenal. Se coloca un stent recubierto balón expandible (VBX) de 5x59 mm, comprobando el adecuado sellado del cuello del aneurisma y ausencia de relleno del mismo.

Material y Método: .

Comentarios: Los pseudoaneurismas de la arteria hepática son complicaciones postquirúrgicas poco frecuentes pero con una elevada mortalidad. El tratamiento endovascular mediante embolización es el tratamiento más recomendado. Los stents recubiertos pueden ser una opción válida. Ofrecen la ventaja de promover la exclusión y trombosis de la lesión, conservando la permeabilidad del vaso implicado, cuando esto sea necesario, evitando así el riesgo de isquemia e infarto hepático.

C-4. Uso de stent farmacoactivo en el sector infrapoplíteo

Gutiérrez Vélez, Alvaro José Ros Vidal, Rafael Abad Gómez, David Esteban Herrera Mingorance, Jose Damián Salmerón Febres, Luis Miguel

Hospital clínico universitario San Cecilio

Objetivo: Evaluar los resultados a corto plazo del uso de stent impregnado con Amphilimus (sirolimus + ácido grasos) en el sector infrapoplíteo en pacientes con isquemia crónica amenazante de la extremidad.

Material y Método: De manera retrospectiva, se analizaron los casos en que fue necesario el uso de stents impregnados de fármaco después de alguna complicación técnica (disección o estenosis residual) en el sector infrapoplíteo en pacientes con isquemia crónica amenazante de la extremidad. Se analizaron las características de los pacientes y la tasa de amputación o re-intervención sobre el mismo eje a corto plazo (a 6 y 12 meses)

Resultados: En total se analizaron 27 pacientes que tuvieron un seguimiento promedio de 13 meses (7-33). A los 6 meses se encontró una tasa de amputación mayor de 33,3% (9 casos) y de reintervención sobre el mismo eje de 18,5% (5 casos). A los 12 meses se mantuvo la misma tasa de amputación mayor, y se encontró una tasa de reintervención sobre el mismo eje del 29,6% (8 casos)

Conclusiones: El uso de stents impregnados de fármaco puede ser un recurso útil en el caso de complicaciones técnicas en el tratamiento endovascular del sector infrapoplíteo, aunque se requieren estudios más grandes y con mayor evidencia para confirmarlo.

ABSTRACTS

C-10. Nuestra experiencia en la utilización del stent autoexpandible de nitinol Biomimics3D en la isquemia arterial crónica de miembros inferiores.

Moreno Reina, Ana; Martínez Gámez, Francisco Javier; Herrero Martínez, Elena; Galán Zafra, Moisés; Elisa María Evangelista Sánchez.

Complejo Hospitalario Médico-Quirúrgico de Jaén

Objetivo: Evaluar los resultados del tratamiento del sector femoro-popliteo en la isquemia crónica de miembros inferiores con el stent autoexpandible de nitinol Biomimics 3D.

Material y Método: Análisis retrospectivo unicéntrico en lesiones arteriales del sector femoro-popliteo entre Diciembre 2019 y Septiembre 2021. El objetivo primario del estudio fue análisis de la permeabilidad del stent y los objetivos secundarios fueron tasa de salvamento de extremidad y de supervivencia. Durante el periodo de estudio, 20 stents fueron implantados en 19 pacientes. El tiempo medio de seguimiento fue 10,47 meses. 80% varones. Edad media 70,8 años. 85% presentaban isquemia crítica. La media de vasos de salida distal fue 2,1 vasos. 95% se trató el tercio medio-distal de la arteria femoral superficial; con una implicación de poplítea del 25%. 65% de estenosis y un 25% oclusiones. Longitud media de la lesión de 123,5mm.

Resultados: Globalmente los resultados al año de seguimiento muestran una tasa de permeabilidad primaria y primaria asistida del 91,7%; una tasa de salvamento de extremidad del 95% y de supervivencia de 91,7%. Tasa de éxito técnico: 95%. Tasa de complicaciones inmediatas 95%.

Conclusiones: La terapia endovascular mediante el implante de stent Biomimics 3D constituye hoy día una alternativa terapéutica eficaz indicada especialmente en lesiones a nivel del tercio medio-distal de la arteria femoral superficial y primera porción de poplítea, ofreciendo buenos resultados en cuanto a tasas de permeabilidad y con una baja tasa de complicaciones.

C-7. Bypass distal a poplítea. Experiencia más reciente en nuestro Centro.

Palomares Morente, Begoña. Ros Vidal, Rafael. Herrera Mingorance, Jose Damián. Abad Gómez, David Esteban. Salmerón Febres, Luis Miguel.

Hospital San Cecilio, Granada

Objetivo: En los últimos años las técnicas endovasculares han tomado gran protagonismo por ser técnicas menos invasivas, empleadas en pacientes pluripatológicos, y cada vez más añosos. En los últimos 3 años en nuestro Centro hemos realizado 225 angioplastias de ejes distales en pacientes con isquemia crítica. No obstante, los bypasses distales continúan siendo una técnica vigente con el objetivo de salvar la extremidad. Como injerto se puede emplear vena safena autóloga, arteria criopreservada, o politetrafluoroetileno (PTFE). El objetivo es analizar los pacientes con isquemia crítica intervenidos de bypass distal (BD) en nuestro Centro.

Material y Método: Analizar los 72 pacientes que se realizaron BD en nuestro centro desde 2019-2021.

Resultados: El 90,3% de los pacientes eran hombres (n=65), con una edad media de $69,9 \pm 10,5$ años. El 87,5% (n=63) fumaban, el 73,6% (n=53) tenían diabetes, el 27,8% (n=20) presentaban cardiopatía, el 68,1% (n=49) eran hipertensos, y el 11,1% (n=8) presentaban insuficiencia renal. El 100% presentaba isquemia crítica, y de ellos 41 presentaban lesiones. El seguimiento medio fue de $11,3 \pm 8$ meses. La anastomosis proximal se realizó en 44 ocasiones (61,1%) a la Femoral Común; y la distal a la Tibial Posterior en 23 ocasiones (31,9%). El material más empleado fue la Vena Safena invertida (n=37). La permeabilidad primaria al mes fue del 84,7% (n=61). La permeabilidad secundaria a los 6 meses fue del 71,4% (n=5). Se evitó la amputación mayor en 52 pacientes (72,2%).

Conclusiones: A pesar del desarrollo de las técnicas endovasculares, el BD sigue siendo un procedimiento a tener en cuenta con el objetivo de salvar la extremidad.

ABSTRACTS

C-8. Resultados del tratamiento de la estenosis carotídea mediante Stent carotídeo. Experiencia propia

Martínez Gamez, Francisco Javier; Mata Campos, Jose Enrique; Herrero Martínez, Elena; Galan Zafra, Moises; Moreno Reina, Ana
Hospital General Universitario de Jaén

Objetivo: Valorar los resultados en nuestro centro en el tratamiento de la estenosis carotídea mediante Stent y establecer posibles factores pronóstico

Material y Método: Desde 2007 se han tratado 397 lesiones carotídeas. Varones 88%, 79% sintomáticas. Preoclusivas 19%, calcificadas 29%. Afectación contralateral 42%. Se intervinieron con anestesia local el 51%. En todos excepto uno se empleó algún método de protección (Filtro 44,9%, MoMa 15,9%, Inversión 39,1%). Se emplearon diversos tipo de Stent: Celda abierta 257, celda cerrada 89, doble capa 51. Precisaron ATP previa 20 casos, siendo realizada poststent en 369 casos. Recoil post ATP >30% en 6 casos. Tratamiento al alta con anticoagulación y antiagregación en 97%. Seguimiento con ecodoppler: 91,7%; TAC 8,3%, según protocolos del servicio

Resultados: Periodo sin reestenosis medio 180 meses, error típico 2,6 Stent sin estenosis hemodinámicamente significativa 97%, oclusión 1%, estenosis hemodinámicamente significativa 2% Mortalidad relacionada 3 (0,8%) y no relacionada 43 (11,6%) durante el seguimiento Eventos clínicos (3%): neurológicos 11: 10 isquémicos (2,5%) y 1 hemorrágico; cardiológico 1. No existe relación estadísticamente significativa en cuanto al método de protección (mejor con inversión) Influye la experiencia del operador (mayor de 50 casos). Mejor pronóstico en estenosis preoclusivas. Resto de factores estudiados no estadísticamente significativos Mortalidad relacionada mayor con Stent de celda abierta y asociada a postdilatación.

Conclusiones: El estudio de la anatomía del paciente asociada al método de protección, experiencia de cirujano y tipo de Stent se muestran como factores importantes sin ser estadísticamente significativos. Bajo un estricto protocolo el stenting carotídeo es eficaz y seguro en nuestra experiencia como alternativa a la cirugía convencional.

C-5. PARAGANGLIOMA CAROTÍDEO: MÁS DE 20 AÑOS DE EXPERIENCIA

Navarro Garre, Marina. Craven-Bartle Coll, Antonella. Astudillo Reyes, Pedro Santiago. Viñan Robalino, Cristian Eduardo. Rodríguez Piñero, Manolo.

Hospital Universitario Puerta del Mar (Cádiz)

Objetivo: Conocer las características clínicas, métodos diagnósticos, tratamiento y evolución de los pacientes intervenidos por paraganglioma carotídeo (PG) en nuestro centro.

Material y Método: Revisión retrospectiva de pacientes tratados desde Mayo de 1999 a Mayo de 2021 (22 años).

Resultados: Los paragangliomas fueron más frecuente en el sexo femenino (64%) con una media de edad de 46 años. Sólo un 4% fueron bilaterales y tuvieron antecedentes familiares de PG. El tamaño medio fue de 4 cm. El debut clínico más frecuente fue una masa cervical (77%). El angioTC fue el método diagnóstico utilizado en el 73% de los casos. Se embolizaron preoperatoriamente el 60% de los pacientes, siendo el 61.5% y 38.5% estadios II y III de Shamblin respectivamente. Los métodos de embolización fueron transarterial con partículas de PVA (33%), mixta (PVA + percutánea, 42%) y percutánea con Onyx (25%). El estudio de catecolaminas fue normal en todos los pacientes. Cuatro casos (18%) presentaron criterios de malignidad. Parestesias cervicales como secuela postquirúrgica más frecuente (27%). Un paciente falleció por carcinoma neuroendocrino de células pequeñas; otro presentó recidiva al año y metástasis pulmonares a los 5 años.

Conclusiones: Tumor benigno, asintomático, que predomina en el sexo femenino, diagnosticado en estadios avanzados en la mayoría de los casos. La embolización preoperatoria se realizó de rutina en los paragangliomas de gran tamaño, siendo la técnica mixta la más utilizada. No han habido grandes cambios en cuanto al diagnóstico y manejo de los glomus a lo largo de estos 22 años.

ABSTRACTS

P-14. Arterialización venosa percutánea como alternativa terapéutica a la amputación mayor en paciente con isquemia crítica de miembro inferior.

Moreno Reina, Ana; Martínez Gámez, Francisco Javier; Herrero Martínez, Elena; Galán Zafra, Moisés; Evangelista Sánchez, Elisa María.

Complejo Hospitalario Médico-Quirúrgico de Jaén

Introducción: La isquemia crítica de miembro inferior con patología distal severa y sin vaso receptor para la revascularización quirúrgica o endovascular, supone abocar al paciente a una amputación mayor. La arterialización de venas profundas del pie ofrece una novedosa alternativa terapéutica eficaz para evitar esta situación.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 65 años, diabético y fumador, con isquemia crítica grado IV de miembro inferior derecho. El índice tobillo-brazo fue no compresible y en ecografía doppler objetivamos patología distal con calcificación arterial severa. En arteriografía ipsilateral se objetiva oclusión de arteria tibial posterior y peronea, con estenosis en tándem de tibial anterior. Se realiza recanalización y angioplastia de arteria tibial anterior, sin lograr continuidad con el pie (¿dessert foot?). Por ello se decide realizar arterialización venosa de tibial anterior.

Material y Método: Bajo control con IVUS y catéter pionner realizamos comunicación entre arteria y vena tibial anterior (FAV). Se implantan dos stents balónexpandibles Cre8 en arteria tibial anterior y en unión arteriovenosa. La devalvulación venosa fue realizada mediante ATP de 4 y 5 mm de diámetro. Posteriormente se implanta stent Begraft de 5x38mm sobre ramas ascendentes venosas de la pierna, con buen control angiográfico final. La evolución posterior del paciente fue favorable con cese del dolor de reposo y estabilización de las lesiones del pie, conservándose permeabilidad técnica en los controles ecográficos realizados.

Comentarios: La arterialización venosa ofrece una alternativa terapéutica eficaz en pacientes sin otras opciones de tratamiento revascularizador salvo la amputación.

P-10. Clostridium Sordelli: Infección atípica en paciente con amputación supracondilea

Águila Zurita, Carlos David Romero Estrella, María Pérez Sánchez, José Miguel Lozano Ruiz, Cristina Landaluce Chávez, Martin

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Introducción: Actualmente el shock séptico por Clostridium Sordelli es una condición rara, estando asociado a procedimientos ginecológicos, abortos, parto y uso de heroína intramuscular o intravenosa. Además, presenta una tasa de mortalidad del 50 al 100% según reportes de series de casos.

Caso clínico: Varón de 65 años con antecedentes de HTA, cardiopatía, EPOC estadio IV y enolismo crónico, acude por diagnóstico de isquemia arterial aguda grado IIa de miembro inferior izquierdo de 24 horas de evolución. Debido a sus antecedentes se opta por tratamiento con fibrinólisis local con posterior recanalización parcial de flujo distal sin recuperación de pulsatilidad. Sin embargo, paciente presenta evolución tórpida de su patología con elevación de CK, y progresión a isquemia arterial aguda grado III por lo cual se decide realizar amputación supracondilea del miembro afecto. Cursando su postoperatorio inmediato presenta shock séptico secundario a infección por Clostridium Sordelli, requiriendo manejo en unidad de cuidados intensivos, empleo de drogas vasoactivas, antibioterapia empírica y posteriormente dirigida según antibiograma. Requirió también desbridamiento quirúrgico sobre muñón de amputación, curas locales y cierre de muñón de manera diferida, previa negativización de hemocultivos y cultivos locales. El paciente evolucionó de manera favorable por lo cual es dado de alta.

Material y Método: A propósito de un caso

Comentarios: Debido a la baja incidencia y escasos reportes en la literatura de casos de infección por Clostridium Sordelli, la sospecha diagnóstica ante una presentación atípica o shock séptico con ausencia de signos inflamatorios sugestivos es de vital importancia, además del manejo adecuado multidisciplinar, desbridamiento quirúrgico y antibioterapia apropiada.

ABSTRACTS

P-2. “Isquemia subaguda en miembro inferior tras colocación de stent recubierto en arteria femoral común por complicación en implante de TAVI”

Manrubia Salazar, Inmaculada; Fernández Herrera, Jerónimo Antonio; Ros Vidal, Rafael; Abad Gómez, David Esteban; Salmerón Febres, Luis Miguel.

Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada.

Introducción: El aumento de procedimientos de intervencionismo de válvula aórtica percutáneos en los últimos años ha conllevado un aumento de las complicaciones en los accesos vasculares. Según las series más recientes, la incidencia de complicaciones es alrededor del 4.5%, siendo ésta superior a intervencionismos coronarios, por el empleo de dispositivos de mayor calibre. La obesidad, la anticoagulación sistémica así como el uso de introductores superiores a 8F, han demostrado ser factores de riesgo.

Caso clínico: Paciente de 75 años con antecedentes de HTA, DM tipo 2, dislipemia y estenosis aórtica severa; que acude por un cuadro de dolor en reposo y lesiones en el miembro inferior derecho de 1 mes de evolución tras el implante de TAVI por vía transfemoral derecha. A la exploración, en el miembro inferior derecho no presenta pulsos a ningún nivel mientras que en el miembro contralateral tiene pulsos distales. Solicitamos Angio-Tac que evidencia la colocación de stent en arteria femoral común derecha que ocluye el inicio de la arteria femoral superficial derecha.

Material y Método: Se decide realizar exéresis del stent implantado y plastia femoral. La paciente recupera pulsos distales junto con desaparición del dolor en reposo en el postoperatorio inmediato. Es dada de alta a los 3 días sin complicaciones.

Comentarios: Es mandatorio una adecuada coordinación entre los servicios de Cirugía Vasculare y Cardiología para disminuir las complicaciones derivadas de los procedimientos intervencionistas. La cirugía abierta sigue siendo una técnica fundamental en la resolución de las contrariedades de los procedimientos endovasculares.

P-3. LINFEDEMA SECUNDARIO A LINFADENITIS NECROTIZANTE DE KIKUCHI. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Romero Estrella María del Rosario Águila Zurita Carlos David Lozano Ruiz Cristina Fernández Catalán Carol Landaluce Chaves Martín

Complejo Hospitalario de Albacete

Introducción: La linfadenitis necrotizante histiocitaria o enfermedad de Kikuchi es una rara enfermedad autolimitada benigna de etiología desconocida, que afecta con mayor frecuencia a mujeres y se caracteriza por fiebre y adenopatías preferentemente cervicales, afectación sistémica y, ocasionalmente, extraganglionar. Los hallazgos anatómo-patológicos en ganglios posibilitan su diagnóstico siendo su manejo médico.

Caso clínico: Presentamos el caso clínico de una mujer de 71 años diagnosticada mediante PAF ganglionar de linfadenitis necrotizante histiocitaria de Kikuchi en 2002 tras encontrarse células linfoides entremezcladas con macrófagos, células plasmáticas y abundantes histiocitos. Acude ahora por edema en extremidad superior izquierda de 2 años de evolución y molestias en la movilización. Se realiza eco Doppler descartándose edema de causa venosa. Tras realización de linfografía isotópica se confirma diagnóstico de linfedema secundario a bloqueo ganglionar axilar debido a linfadenitis necrotizante. Se instaura tratamiento con compresión elástica externa y es remitida al servicio de rehabilitación para manejo con técnicas de masaje y drenaje linfático, con evolución favorable en el momento actual.

Material y Método: Debido al escaso reporte en la literatura, mediante la exposición de un caso de linfedema secundario nuestro objetivo es evidenciar manifestaciones tardías vasculares que pueden presentarse asociado a la linfadenitis necrotizante de Kikuchi.

Comentarios: La enfermedad de Kikuchi Fujimoto puede condicionar la aparición de forma tardía de linfedemas secundarios como el que presentamos en este caso.

ABSTRACTS

P-4. Síndrome del desfiladero torácico por costilla cervical derecha accesoria. A propósito de un caso.

García de Vargas, Antonio. Aragón Ropero, Pedro Pablo. González Cruz, Victoria Yoliver. Manresa Manresa, Francisco. Mengíbar Fuentes, Lucas

Hospital Universitario Virgen del Rocío

Introducción: El síndrome del desfiladero torácico (SDT) se produce por compresión del paquete vasculo-nervioso en el estrecho torácico superior. Solo en el 1% se encuentra afectada la arteria y suele ser debido a una costilla cervical. Como tratamiento se realiza la revascularización arterial previa resección de la costilla cervical y en ocasiones la primera costilla. La vía clásica de acceso ha sido supraclavicular, pero en los últimos años se ha empezado a utilizar la videotoracoscopia para la extirpación por vía axilar de la costilla cervical.

Caso clínico: Presentamos un caso clínico de un varón de 60 años con lesiones isquémicas en extremidad superior derecha con ausencia de pulsos a todos los niveles y un gradiente de 50mmHg con respecto al contralateral. En el AngioTAC objetivamos oclusión de arteria axilar derecha que repermeabiliza en humeral con única salida por humeral profunda repermealizando en arteria cubital, además la presencia de una costilla cervical.

Material y Método: Junto con Cirugía Torácica se extirpa la costilla cervical y la primera costilla por vía axilar con apoyo de videotoracoscopia. Tras ello, por acceso femoral derecho se recanaliza la arteria axilar hasta humeral profunda, implantándose dos stents (GORE @ VIABAHN @) previa dilatación con balón, con buen resultado morfológico en arteriografía control. Con mejoría del índice y temperatura, desapareciendo el dolor del reposo.

Comentarios: El SDT con compromiso arterial es una entidad poco frecuente que requiere una reparación quirúrgica. Una opción con buenos resultados, mínimamente invasiva y con recuperación precoz es la resección de la costilla cervical por videotoracoscopia más revascularización endovascular.

P-5. Malperfusión hepática tras reparación de disección aórtica tipo A. A propósito de un caso

Juárez Alonso, Laura; Baturone Blanco, Adriana; Martínez López, Isaac; Martín Conejero, Antonio; Serrano Hernando, Francisco Javier.

Hospital Clínico San Carlos

Introducción: La malperfusión visceral es infrecuente en la disección aórtica aguda, pero está asociada a una elevada morbimortalidad. Dada su clínica insidiosa, su diagnóstico y tratamiento continúan siendo un reto, siendo esenciales para evitar potenciales complicaciones.

Caso clínico: Varón, 58 años, tratado por disección aguda tipo A con extensión a ambas arterias ilíacas y afectación del tronco celíaco (TC) y arteria mesentérica superior (AMS) mediante sustitución tipo Bentall, E-vita OPEN NEO (JOTEC®) y bypass aortocoronario. El segundo día postoperatorio comienza con coagulopatía, elevación progresiva de enzimas hepáticas (ALT 2932 U/L, AST 2906 U/L), LDH (8457 U/L) y ácido láctico (4,3 mmol/L). En angioTAC se objetiva expansión de la luz verdadera en aorta torácica con empeoramiento del TC, colapso de su luz verdadera y oclusión del mismo previo a su bifurcación. La disección progresa por AMS sin compromiso de flujo, sin cambios respecto a TAC preoperatorio.

Material y Método: Se cateteriza selectivamente el TC implantándose un stent balón-expandible VBX de 7x39mm (GORE®Medical) desde la luz verdadera aórtica hasta la bifurcación del TC, extendido con un stent autoexpandible SMART CONTROL® 7x40mm (Cordis®) a arteria hepática común (AHC). El paciente no presentó complicaciones, con mejoría de la función hepática hasta su normalización. El angioTAC al mes de seguimiento confirmó la permeabilidad de los stents en TC y AHC con buena conformabilidad. Tres meses después, el paciente permanece asintomático.

Comentarios: La monitorización de la función hepática en las disecciones tipo A con extensión visceral es crucial, siendo el tratamiento precoz de forma endovascular de primera elección cuando existe malperfusión visceral.

ABSTRACTS

P-7. Trombectomía Mecánica Reolítica de Vena Cava inferior por Trombosis Séptica en Urgencia Oncológica: a propósito de un caso.

González Rodríguez ,P; Rodríguez Morata,A; Gallardo Pedrajas, F; Reyes Ortega, JP; Robles Martín, M.

Hospital QuirónSalud Málaga y Marbella.

Introducción: La trombosis de venas hepáticas y de vena cava inferior puede aparecer hasta en un 10% de pacientes con tumores intrahepáticos. Este fenómeno presenta mal pronóstico a corto plazo. A pesar de que no existe gold estándar en su manejo, se ha sugerido que la trombectomía puede prevenir de la muerte y de complicaciones mayores.

Caso clínico: Paciente mujer de 66 años con historia de colangiocarcinoma y nódulos intrahepáticos, tratada mediante su resección en 2019 y nuevo rescate quirúrgico con quimioterapia y radioterapia neoadyuvante en 2021 por recaída hepática tumoral. Complicación en el postoperatorio mediante Síndrome de Budd- chiari y fístula biliar que se manejan de forma conservadora. Semanas después, sufre shock séptico que precisa de ingreso en cuidados intensivos. Se realiza angiotomografía computerizada que evidencia defecto de repleción casi completa de vena cava inferior infra y supradiafragmática, sin alcanzar la aurícula derecha.

Material y Método: Se decide intervención mediante trombectomía mecánica reolítica con dispositivo angiojet ® por abordaje femoral percutáneo derecho y uso de catéter Zelante DVT. Resolución completa de la trombosis sin complicaciones derivadas de la intervención y con remisión tumoral a seis meses de seguimiento posterior.

Comentarios: La trombectomía reolítica de la vena cava inferior puede ser una alternativa de baja invasividad y segura frente a la cirugía abierta en pacientes con trombosis estadio III (según clasificación macroscópica de Zhen-Hua Chen et. all) sin compromiso de la aurícula. Se necesitan más estudios para valorar la utilidad del abordaje multidisciplinar en la mejora del pronóstico de los tumores malignos intrahepáticos.

P-13. Embolismo sistémico masivo secundario a mixoma auricular en paciente joven.

Morgado Ortega, Carmen; González Álvarez, Adrián Aguirre; Toro Barahona, Teresa; Hebberecht López, Marina; Collado Bueno, Gabriel.

Hospital Universitario de Badajoz

Introducción: Las neoplasias cardíacas primarias son raras (0.2%). El mixoma auricular es el tumor cardíaco primario más frecuente (50%). La mayoría son benignos (75%). La clínica es variable, depende de su ubicación; la más frecuente es la aurícula izquierda, de ahí su riesgo embólico (30-40%). El principal territorio de embolia es el sistema nervioso central (50%) pero también puede afectar a otros territorios. Suele presentarse en mujeres de edad media.

Caso clínico: Mujer, 37 años, obesa y fumadora, sin otros factores de riesgo cardiovascular. Debuta con síncope, síntomas de isquemia aguda de ambos miembros inferiores y parálisis facial central. En el angio-TAC toraco-abdominal y de troncos supraórticos se detecta una masa cardíaca intracavitaria, una trombosis de aorta abdominal que se extiende hasta la región femoro-poplitea bilateral y una trombosis carotídea interna izquierda. La ecocardiografía transesofágica caracteriza la masa como mixoide. Se realiza una tromboembolotomía aorto-iliaca y femoro-poplitea bilateral de forma urgente, y en un segundo tiempo, una tromboembolotomía carotídea. Una vez estabilizada, la masa intracavitaria es resecada, confirmándose en el estudio anatomopatológico el diagnóstico de mixoma auricular.

Material y Método: . Comentarios: Debemos considerar al mixoma auricular en el diagnóstico diferencial de pacientes jóvenes sin factores de riesgo cardiovascular con isquemia neurológica o periférica. La visualización de la masa intracavitaria en el angio-TAC torácico es clave para el diagnóstico. El tratamiento es quirúrgico. El aspecto nacarado del trombo puede guiar la sospecha diagnóstica pero, el diagnóstico de confirmación lo proporciona el estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica.



VIAJES *El Corte Inglés*

CONGRESOS

SECRETARIA TÉCNICA

VIAJES EL CORTE INGLES MICE GRANADA

Luis Amador 26. 18014 Granada

TF 958 536820 / 21 / 22

E-mail: congresosgranada@viajeseci.es