

DOI:10.15568/am.2015.796.sp01.co02

## I MESA DE COMUNICACIONES ORALES

1<sup>a</sup> Sesión. Viernes, 27 de noviembre (9.00-10.00h)

### C1. EVAR URGENTE O PROGRAMADO Y EL RIESGO DE REINTERVENCIÓN

Jose Damian Herrera Mingorance, Jose Patricio Linares Palomino, Marina Hebberecht López, Irene Rastrollo Sánchez, Luis Miguel Salmerón Febres.

*UGC Intercentros de Angiología y Cirugía Vascular de Granada*

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

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

**Resultados:** 107 pacientes (3 mujeres), con edad media de  $73.5 \pm 7.6$  años y mediana de seguimiento de 24 meses (Q1=12,75, Q3=36). EVAR urgente en 24,3% (n=26). Se observaron diferencias estadísticamente significativas ( $p<0.05$ ) en la reintervención en el primer mes (3.7% programados vs 19.2% urgentes), la muerte en el primer mes (3.7% vs 19.2%) y 12 meses (16% vs 42.3%), estancia hospitalaria ( $8.5 \pm 7$  vs  $15.2 \pm 10.7$  días) y diámetro del aneurisma ( $58.3 \pm 13.7$  vs  $71.4 \pm 22.8$  mm). No se observaron diferencias significativas en la tasa de reintervención, endofugas y la mortalidad a largo plazo. La realización de procedimientos asociados en el EVAR inicial y las mayores cantidades de contraste, se asociaron a la necesidad de reintervención tardía y a una mayor mortalidad a los 24 meses en ambos grupos.

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

**E-mail:** damianherrer@gmail.com

### C2. EMBOLIZACIÓN DE ENDOFUGAS TIPO II MEDIANTE LA TÉCNICA ROADSIDE EN NUESTRO CENTRO

Jose Damián Herrera Mingorance, Jorge Bartolomé Cuenca Manteca, Jose Patricio Linares Palomino, Marina Hebberecht López, Luis Miguel Salmerón Febres.

*UGC Intercentros de Angiología y Cirugía Vascular de Granada*

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

**Material y Método:** 5 varones con edad  $72 \pm 7.3$  años, diámetro del aneurisma  $63.3 \pm 18.1$  mm y endofuga tipo II tratada en nuestro centro entre los años 2007 y 2015 mediante técnica roadside. En dos casos se identificó la endofuga durante el EVAR inicial, en el resto durante el seguimiento. La técnica (realizada  $29 \pm 27.3$  meses tras el EVAR) consistió en la punción femoral retrógrada, cateterización del espacio periprotésico en la rama de la endoprótesis y progresión hasta el saco aneurismático, donde se liberaron coils de forma selectiva en la rama arterial causante de la endofuga (2 casos la arteria mesentérica inferior, 2 casos lumbares, 1 caso hipogástrica) y en el propio saco. Finalmente se remodeló el anclaje distal de la rama de la endoprótesis, tras retirar el catéter.

**Resultados:** Se consiguió el éxito técnico en todos los casos, con alta hospitalaria a los  $2.3 \pm 1.3$  días. Mediana de seguimiento 15 meses (Q1;1.5, Q3;42). Un paciente precisó reintervención por nueva endofuga y otro falleció a los 25 meses por causas distintas al aneurisma. El resto de pacientes permanecieron asintomáticos, sin endofugas.

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

**E-mail:** damianherrer@gmail.com

### C3. LIGADURA DE LA ARTERIA MESENTÉRICA INFERIOR CON INYECCIÓN INTRASACO DE TROMBINA COMO TRATAMIENTO DE LAS ENDOFUGAS TIPO II

Pedro Pablo Aragón-Ropero, Francisco Manresa-Manresa, Sergio Villar-Jiménez, José María Sánchez-Rodríguez y Francisco Tadeo Gómez-Ruiz.

*Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla*

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

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

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

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

E-mail: pablo90aragon@gmail.com

#### C4. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LA LESIÓN TRAUMÁTICA DE LA AORTA TORÁCICA

Francisco Manresa-Manresa, Sergio Villar-Jiménez, Pedro-Pablo Aragón-Ropero, Antonio Puppo-Moreno y Enriqueta Bataller de Juan.

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

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

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

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

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

E-mail: franman.m@gmail.com

#### C.5 VALIDACIÓN EXTERNA DE MODELOS DE PREDICCIÓN DE SUPERVIVENCIA TRAS EVAR POR AAAR EN NUESTRO CENTRO

S.Villar Jiménez, S.G Moreno Cano, F.Manresa Manresa, P.P Aragón Ropero, F.T Gómez Ruiz.  
Hospital Universitario Virgen del Rocío

**Objetivo:** La indicación quirúrgica de un aneurisma abdo-

inal roto debería asentarse bajo parámetros clínicos objetivos , a fin de limitar el esfuerzo terapéutico en aquellos casos en los que la supervivencia sea muy baja. Por este motivo hemos intentado validar la escala GAS y Hardman en nuestro entorno.

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

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

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

E-mail: sergiovillarjimenez40@gmail.com

#### C.6 ENDOFUGAS TIPO II TRAS EVAR. TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Hebberecht López M, Lozano Alonso S, Cuenca Manteca JB, Ros Vidal R, Salmerón Febres LM.

Complejo Hospitalario Universitario de Granada

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

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

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

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

E-mail: marina.vascular@gmail.com