

## II MESA DE POSTER

2ª Sesión. Sábado, 28 de noviembre (16.30-18.00h)

### P10. PSEUDOANEURISMAS CRANEALES POSTRAUMATICOS: A PROPOSITO DE 5 CASOS CON REVISION BIBLIOGRAFICA

El Mehdi Maazouzi, Esther Doiz Artázcoz, Jorge Martín Cañuelo, Manuel Rodríguez Piñero, Davidson Osorio Lozano.  
HUPM

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

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

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

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

E-mail: maazouzim@hotmail.fr

### P11. VENOMAS POPLITEOS: A PROPOSITO DE 2 CASOS

El Mehdi Maazouzi, Felipe Arribas Aguilar, Antonella Craven Bartle Coll, Esther Doiz Artázcoz, Davidson Osorio Lozano.  
HUPM

## Sociedad Andaluza de Angiología y Cirugía Vascular

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

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

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

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

E-mail: maazouzim@hotmail.fr

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

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

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

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

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

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

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

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

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

Moreno Reina A, López Lafuente E, Robles Martín M, González Herraez J, García León A.  
*H. U. Nuestra Señora de Valme*

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

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

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

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

**E-mail:** anamreina1989@gmail.com

#### P14. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MASA RETROPERITONEAL

Galera Martínez M C, Doiz Artázcoz E, Osorio Lozano D, Maazouzi E M, Rodríguez Piñero M.  
*UGC Angiología y Cirugía Vascular Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz*

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

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

#### Material y Método: .

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

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

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

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

*Complejo Hospitalario Universitario de Granada*

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

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

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

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

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

## P16. CONVERSIÓN TARDIA POR CRECIMIENTO CONTINUADO DEL SACO ANEURISMÁTICO

García Blanco, VE.; Osorio Lozano, D.; Maazouzi, EM.; Arribas Aguilar, FN.; Rodríguez Piñero, M.  
Hospital Universitario Puerta del Mar

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

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

### Material y Método:

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

**E-mail:** victoriagarciaiblanco@outlook.es

## P17. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE FÍSTULA CARÓTIDO-YUGULAR COMPLEJA. UNA TÉCNICA DE RECURSO

G. Alonso-Argüeso, A. Rodríguez-Morata, B. Vera Arroyo, MJ. Lara-Villoslada, R. Gomez-Medialdea.  
Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga)

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

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

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

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

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

## P18. MALFORMACIÓN VASCULAR DEPENDIENTE DE ARTERIA ISQUIÁTICA PERSISTENTE.

X. Admetller-Castiglione, J. Briones-Estébanez, B. Bodega-Marínez, S. Martínez-Meléndez.

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular Hospital General de Castellón

**Introducción:** Durante el desarrollo embriológico la arteria isquíatica es responsable del aporte arterial del miembro inferior. Al desarrollarse la AFS, involuciona la arteria isquíatica. La arteria isquíatica persistente asocia complicaciones aneurismáticas, malformaciones arteriovenosas, rotura por degeneración... Su incidencia es 0.025-0.04 %

Presentamos un raro caso de malformación arteriovenosa dependiente de arteria isquíatica finalizando en un gran tumor vascular de 6 cm de diámetro a nivel del hueco poplíteo en combinación con un aneurisma poplíteo verdadero.

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

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

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

Descartado origen neoplásico y con el diagnóstico de aneurisma poplíteo + malformación vascular, se procede a reparación electiva realizando exéresis de masa arterial de 6 cm de diámetro + exclusión de aneurisma poplíteo + by-pass de AFS a tercera poplítea con VSI invertida.

Estudio anatopatológico negativo para células tumorales malignas.

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

### Material y Método:

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

**E-mail:** xadmetller@hotmail.com