

MESA DE POSTERS

P1. ISQUEMIA AGUDA DE MMII COMO COMPLICACIÓN TARDÍA TRAS EVAR

Herrero Martínez, Elena; Martínez Gámez, Francisco Javier; Mata Campos, Jose Enrique; Galán Zafra, Moises; Sánchez Maestre, Manuel Luis.

Complejo Hospitalario de Jaén

Introducción: Presentamos el caso de 2 pacientes con isquemia aguda de MMII como complicación tardía tras EVAR.

Caso clínico: Caso 1: Varón 88 años, con antecedentes de HTA, DL. Reparación de AAA suprarrenal con endoprótesis fenestrada Anaconda en enero 2014. En marzo 2017 acude a urgencias con cuadro de isquemia aguda MID, realizándose bypass femoro-femoral. En arteriografía se identifica endofuga tipo III por desconexión de rama iliaca derecha. En un segundo tiempo, se realiza la reparación de endofuga con colocación de Aplatzter vía humeral.

Material y Método: Caso 2: Varón 62 años, sin antecedentes de interés. Reparación de AAA infrarrenal sintomático en abril 2013 con endoprótesis Endurant. En septiembre de 2017 acude a urgencias por dolor y parestesias de 2 días de evolución en MII. Exploración sin pulsos. Mediante abordaje de trípode femoral izquierdo, se realiza arteriografía identificando obstrucción de eje iliaco, por acodamiento de prótesis por posible migración proximal de rama. Se realiza trombectomía iliaca y extensión con rama 16 x 16 x 94 Endurant, así como trombectomía distal, con buen resultado.

Comentarios: La isquemia aguda tras EVAR, suele ser debida a dislocación o desconexión de las componentes, causando o no endofugas tipo III. Estas endofugas son raras (2.1%), teniendo mayor incidencia entre las endoprótesis de 1ª y 2ª generación. Prácticamente todos pueden ser reparadas mediante técnicas endovasculares, requiriendo la combinación de técnicas quirúrgicas para tratar la isquemia aguda de MMII.

E-mail: eleherrero@hotmail.com

P2. ARTERIOGRAFÍA CON CO2 EN PACIENTES CON ELEVACIÓN DE CREATININA. EFICACIA Y EFICIENCIA

Martínez Gámez, Fco Javier; Mata Campos, Jose Enrique; Herrero Martínez, Elena; Galan Zafra, Moises; Maldonado Fernandez, Nicolas.

Complejo Hospitalario de Jaén

Objetivo: Valorar la posibilidad de tratamiento en pacientes isquémicos, con elevación de creatinina(Cr) mediante técnicas endovasculares con arteriografía con CO2 frente al uso de contrastes yodados.

Material y Método: Se trataron 7 pacientes varones con isquemia crítica de MMII con el empleo de arteriografía con CO2 contralateral. todos ellos con elevación de cifras de Cr y grados 4-6 rutherford. 4 de ellos diabéticos en tratamiento con ADO.

Resultados: Se realizo arteriografía con CO2 con buena visualización. Comprobación en segmentos a tratar con 5ml de contraste yodado. Volumen de inyección 50ml de CO2 por serie. En 5 de ellos resolución con ATP ATK y BTK. (2 recanalizaciones de ejes distales), 1 recanalización en Hunter con implante de Stent Supera y 1 paciente derivado para cirugía revascularizada mediante by-pass femoropopliteo. No complicaciones intraoperatorias No elevación de cifras de Cr en el postoperatorio. Visualización de vasos distales mejor que con contrastes yodados en oclusiones completas.

Conclusiones: La arteriografía con CO2 en nuestra experiencia inicial: Es fácilmente realizable. Puede conseguir imágenes superiores a CO2 en oclusiones de vasos Reduce el uso de contrastes yodados con el consiguiente beneficio en pacientes en riesgo renal.

E-mail: javiermartinezgamez@gmail.com

P3. INFECCIÓN PRECOZ DE ENDOPRÓTESIS AORTA ABDOMINAL, TRATAMIENTO CONSERVADOR O QUIRÚRGICO

Galán Zafra, Moisés. Sánchez Maestre, Manuel Luis. Maldonado Fernández, Nicolas. Herrero Martínez, Elena. Martínez Gámez, Francisco Javier

Complejo Hospitalario de Jaén

Introducción: La infección protésica tras EVAR es una complicación con una frecuencia alrededor del 0.2-1% pero de una extrema gravedad y con una corrección quirúrgica con una alta morbi-mortalidad.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 66 años con antecedentes de HTA, dislipemia, bypass aorto-aórtico por AAA sintomático de 10 cm en 2003 y CHIVA en 2016. El paciente ingresa con cuadro de dolor abdominal y pérdida de conciencia diagnosticándolo de un PSA con sangrado activo de la anastomosis distal del bypass previo.

Material y Método: Es sometido a endoprótesis aortomoiíaca, embolización hipogástrica y bypass femorofemoral. Tras ser dado de alta ingresa en medicina interna a los 10 días por cuadro febril de 38º, leucocitosis de 19000, hemocultivos negativos visualizándose en el TAC gas periprotésico. Se opta por tratamiento conservador con ciprofloxacino y linezolid desapareciendo la fiebre y la leucocitosis. A los 60 días de la cirugía presenta

cuadro de pérdida de fuerza y frialdad en MMII diagnosticándose de trombosis de endoprótesis aórtica practicándole bypass axilo-femoral al cruzado previo. A los 90 días presenta cuadro de dolor lumbar de una semana de evolución y reaparición de fiebre por lo que se decide el explante de la prótesis y ligadura aórtica con cultivos positivos a *e.faecalis* sensible a linezolid.

Comentarios: Aunque el tratamiento quirúrgico de la infección de una endoprótesis suponga una elevada morbimortalidad (clampaje supracelíaco, sistemas de fijación de la prótesis, derivación extranatómica, etc...) creemos que es el mejor tratamiento debiéndose reservar el tratamiento conservador para casos de riesgo quirúrgico inasumible aunque existan artículos con una buena evolución.

E-mail: moisesgza@ono.com

P4. EXCLUSIÓN ENDOVASCULAR DE UNA FISTULA FEMOROFEMORAL POSTRAUMÁTICA TARDÍA

Maldonado Fernández N, Galán Zafra M, Olmo Jiménez JM, Herrero Martínez E, Martínez Gámez FJ.
Servicio de Cirugía Vascul. Complejo Hospitalario de Jaén.

Introducción: Las fistulas arteriovenosas traumáticas pueden pasar desapercibidas y manifestarse meses después. Sospecharemos esta complicación cuando tengamos un antecedente traumático con una masa pulsátil, frémito, congestión de la extremidad y auscultemos un soplo continuo. El estudio ecográfico nos servirá para confirmar la sospecha y la planificación del tratamiento se realizará mediante angiografía computarizada y arteriografía.

Caso clínico: Presentamos una mujer de 64 años, que 11 meses antes sufrió un traumatismo con fractura subcapital del fémur derecho resuelta con una prótesis total de cadera. La ingle y el muslo se encontraban muy calientes y congestivos con un frémito palpable y la pantorrilla presentaba un edema y frialdad distal, sin pulso poplíteo ni distales. El índice tobillo-brazo derecho era de 0,40. La angiografía mostró una fistula femoro-femoral en el tercio proximal de la arteria femoral superficial con estenosis crítica de la misma. Proximalmente se apreció una dilatación del sector arterial y venoso importantes.

Material y Método: Se abordó quirúrgicamente la femoral superficial en tercio medio del muslo, se canalizó retrógradamente hasta la femoral común pudiéndose desplegar un stent recubierto (BeGraft BENTLEY INNOMED de 6 x58 mm[®]) que selló de forma completa la comunicación arteriovenosa. Inmediatamente desapareció el soplo y frémito femorales, la pierna y pie recuperaron temperatura y pulso pedio.

Comentarios: El desarrollo de los materiales endovasculares ha originado que este tipo de tratamiento pueda ser el primero en indicarse en pacientes con lesiones traumáticas complejas como las fistulas arteriovenosas. El tratamiento quirúrgico convencional quedaría reservado para cuando el anterior fracase.

E-mail: nicovasc@hotmail.com

P5. LIDIANDO CON LA COMPLEJIDAD DEL TRATAMIENTO DEL ANEURISMA POST-DISECCION AÓRTICA

Gordillo Alguacil, Sergio; Duque Santos, África; Reyes Valdivia, Andrés; Ocaña Guaita, Julia; Gandarias Zuñiga, Claudio.
Hospital Universitario Ramón y Cajal

Introducción: El aneurisma tras disección aórtica crónica es una complicación frecuente (10-25%) debido a la permeabilidad de la luz falsa. Se han descrito numerosas técnicas quirúrgicas en la bibliografía..

Caso clínico: Varón de 65 años con antecedentes de disección aórtica tipo A tratado con técnica Bentall-Bono, reparación de hemiarco y anticoagulación sistémica. En TC de control 4 meses después, se objetiva aneurisma de aorta torácica de 50mm (previo 40mm) y disección residual hasta arteria iliaca izquierda. Arteria mesentérica inferior y renal izquierda nacían de la luz falsa, resto de verdadera. Por crecimiento rápido del aneurisma, se programó tratamiento híbrido. Realizamos bypass carótido-subclavio izquierdo, implante de 2 endoprótesis torácicas Valiant y técnica Petticoat con stent XL hasta arterias renales. Debido a la persistencia de permeabilidad de la luz falsa en angioTC al mes, se programa para debranching visceral a los 4 vasos desde la arteria iliaca externa derecha, colocación de endoprótesis Valiant y técnica de Knicker-Bocker. Se objetiva trombosis de arteria renal derecha intraoperatoria, realizándose trombectomía de la misma. En el postoperatorio presentó hematuria franca con shock hipovolémico. AngioTC urgente muestra fístula entre arteria polar superior derecha y cáliz renal, realizándose embolización con coils, con resultado exitoso. Alta 4 días después sin otros eventos. Tras 1 año de seguimiento, el paciente está asintomático y sin fugas en el TC de control.

Material y Método: .

Comentarios: El tratamiento del aneurisma aórtico postdisección es extremadamente complejo y demandante técnicamente. Existen numerosas opciones terapéuticas, debiendo individualizar en cada paciente.

E-mail: gigigordillo@hotmail.com

P6. PRESERVACIÓN DE ARTERIA HIPOGÁSTRICA, EXCLUSIÓN DE ANEURISMA ILÍACO COMÚN Y RESOLUCIÓN DE ENDOFUGA TIPO IB, MEDIANTE ENDOBYPASS ILÍACO EXTERNO-HIPOGÁSTRICO

Carrasco de Andrés, David; Guillén Fernández, Manuel; Rodríguez Carmona, Rocío; Navarro Muñoz, Estrella; Yoldi Bocanegra, Rodrigo.

Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería

Introducción: La cobertura o embolización arteria hipogástrica (AH) durante la reparación endovascular (EVAR) del aneurisma de aorta abdominal (AAA) puede condicionar la aparición de isquemia pélvica sintomática, más frecuentemente si la afectación es bilateral. Presentamos un caso de exclusión de aneurisma ilíaco común y resolución de endofuga tipo Ib con preservación de AH, mediante la realización de endobypass iliaco externo-hipogástrico en paciente con EVAR previo por AAA roto.

Caso clínico: Varón 78 años, ex fumador, hipertenso y diabético, con endoprótesis aorto-monoilíaca externa derecha (embolización AH) y bypass fémoro-femoral por AAA y biilíaco roto (Febrero 2014), más ligadura de arteria mesentérica inferior por endofuga tipo II (Octubre 2014). Se detecta en seguimiento la migración del oclisor ilíaco común izquierdo hacia el saco aneurismático, con reperfusión del aneurisma ilíaco común izquierdo, la consecuente aparición de endofuga tipo Ib, y crecimiento del saco del AAA. En Abril 2017, mediante punción retrógrada de arteria femoral superficial izquierda y sistema de cierre con doble Proglide[®], se implanta stent recubierto tipo Viabahn[®] (11x100mm) desde arteria iliaca externa a AH. Precisa angioplastia del origen de AH por estenosis severa, junto con embolización selectiva de colateral por rotura (coil de liberación controlada Azur[®]). Correcta exclusión del aneurisma ilíaco y resolución de la endofuga, con disminución del saco aneurismático, en TAC de control a los 6 meses del procedimiento.

Material y Método: -

Comentarios: La preservación de la AH siempre debe estar en mente del cirujano vascular, sobre todo cuando es única, y mediante esta técnica, en casos seleccionados y con calibres arteriales adecuados, es posible.

E-mail: dvcarrasco@hotmail.com

P7. EMBOLIZACIÓN ARTERIAL COMO TRATAMIENTO DE HEMORRAGIA DE REGIÓN ORL DE DIFÍCIL MANEJO

Bersabé Alonso I, Moreno Reina A, Moreno Machuca FJ, Nuñez de Arenas Baeza G, García León A.

Hospital Universitario Virgen De Valme (AGS Sur Sevilla)

Introducción: La hemorragia de las cavidades nasales u orofaríngeas es un cuadro común que se puede manejar de manera conservadora en la mayoría de los casos. Sin embargo, cuando pasa a ser de difícil manejo y las medidas, incluido el taponamiento anterior y posterior de la cavidad nasal, no logran controlar el sangrado puede requerirse un tratamiento adicional como la embolización transarterial superselectiva.

Caso clínico: Caso clínico 1. Varón de 66 años con antecedente de carcinoma epidermoide de laringe y base de lengua intervenido. Ingresó por sangrado de hipofaringe de repetición y shock hipovolémico. Se realizó angio-TAC y arteriografía de troncos supraaórticos observándose pseudoaneurisma de arteria lingual. Se procede a embolización selectiva de rama lingual controlando los episodios de sangrado. Caso clínico 2. Varón de 69 años que acude a urgencias por epistaxis de origen traumático en estado de intoxicación etílica. En TAC de cráneo se aprecia fractura de huesos propios nasales y senos maxilares. Se realiza taponamiento anterior y posterior por ORL. Ante la persistencia de sangrado se decide solicitar angioTAC y realizar arteriografía en las que no se evidencia fuga de contraste. A pesar de ello se decide proceder a embolizar la arteria esfenopalatina derecha con control a posteriori del sangrado.

Material y Método: Presentamos nuestra experiencia con el tratamiento endovascular de la hemorragia de región ORL con dos casos clínicos tratados recientemente en nuestro centro resueltos de forma exitosa.

Comentarios: El tratamiento endovascular con embolización transarterial constituye hoy día una alternativa terapéutica segura y eficaz para el manejo de sangrados de región ORL.

E-mail: lraxemar@hotmail.com

P8. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LA AORTITIS POR SALMONELLA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Baturone Blanco, Adriana. Martínez López, Isaac. Cabrero Fernández, Maday. Cernuda Artero, Iñaki. Serrano Hernando, Francisco Javier.

Hospital Clínico San Carlos

Introducción: La aortitis por Salmonella asocia una importante morbimortalidad. Afecta a la aorta torácica en aproximadamente el 20% de los casos y su tratamiento de elección es la antibioterapia y la cirugía abierta, siendo la terapia endovascular una alternativa quirúrgica de menor riesgo.

Caso clínico: Varón de 77 años hipertenso, con flutter auricular y aneurisma de aorta abdominal de 40mm seguido en otro centro. Acude a urgencias de su hospital de referencia por fiebre y malestar general de 36h de evolución, con diarrea y vómitos 15 días antes. Sufre empeoramiento progresivo con inestabilidad hemodinámica y desorientación requiriendo ingreso en UCI. El angioTAC muestra 3 úlceras penetrantes de 44mm de diámetro máximo en aorta torácica. Se decide manejo conservador con ceftriaxona para Salmonella enteritidis aislada en los hemocultivos extraídos al ingreso. El PET-TAC evidencia captación patológica en aorta torácica. A pesar de mantenerse afebril, sin alteraciones analíticas y asintomático, ante el aumento progresivo del diámetro de las úlceras en angioTACs de control, se traslada a nuestro centro donde se implantan dos endoprótesis CTAG (GORE®) con anclaje proximal distal a subclavia izquierda y distal proximal a tronco celiaco, sin complicaciones intraoperatorias. Fue dado de alta con cefditoreno vía oral pendiente de completar 6 meses.

Material y Método: Actualmente a 2 meses de seguimiento, persiste afebril, sin alteraciones analíticas y angioTAC sin complicaciones, con buena evolución de las lesiones aórticas.

Comentarios: El tratamiento endovascular en combinación con la antibioterapia prolongada, supone una alternativa para el tratamiento de la aortitis por Salmonella en casos de alto riesgo para cirugía abierta.

E-mail: adriana.baturone@gmail.com

P9. PRÓTESIS BIOSINTÉTICAS: UNA NUEVA HERRAMIENTA EN EL TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN PROTÉSICA VASCULAR

Lozano Ruiz, Cristina Morales Olmos, María José Cambrero Aroca, Mercedes Fernández González, Soraya Landaluce Chaves, Martín

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Objetivo: Las infecciones protésicas generan una elevada morbimortalidad. El tratamiento actual aceptado se basa en el explante y la reconstrucción vascular autóloga. Evaluamos los resultados tempranos después del reemplazo por prótesis de colágeno biosintético (Omniflow II®) en ausencia de un injerto venoso autólogo.

Material y Método: Entre enero de 2015 y noviembre de 2016 se reemplazaron en 5 pacientes injertos protésicos infectados por prótesis biosintéticas. Se analizó duración de estancia hospitalaria, mortalidad, salvamento de extremidad, permeabilidad del injerto y reinfección. Todos varones con edad media de 65 (rango 35-82) años. 3 pacientes presentaban injertos protésicos inguinales, 1 paciente un injerto axilar y 1 paciente un injerto humeral. 2 debido a infecciones tempranas (<3 meses después de la implantación) y 3 infecciones tardías (>3 meses después de la implantación). Todos los injertos infectados fueron explantados quirúrgicamente y reemplazados por injertos Omniflow II®. En todos los casos, se desestimó el injerto autólogo. La cirugía se realizó con éxito en los 5 pacientes sin complicaciones intraoperatorias.

Resultados: La mediana de estancia fue de 39 (rango 9-180) días. El seguimiento medio fue de 9,6 (rango 2-24) meses, período durante el cual los pacientes permanecieron libres de enfermedad. Observamos una reinfección de injerto >3 meses en un paciente (realizándose explante de injerto Omniflow II®). En el resto no hubo reinfección, oclusión, degeneración o ruptura de la prótesis Omniflow II®. No hubo amputaciones mayores.

Conclusiones: En ausencia de material autólogo adecuado, las prótesis biosintéticas podrían ser una alternativa para reemplazar los injertos infectados con una baja tasa de reinfección y oclusión.

E-mail: cristinalozanoruiz@hotmail.com

P10. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DEL SÍNDROME DE MAY-THURNER

Robles Martín, María Luisa. Reyes Ortega, Juan Pedro. Alonso Argüeso, Gonzalo. Novo Martínez, Gloria María. Rodríguez Morata, Alejandro.

Hospital Quirónsalud Málaga

Objetivo: La estenosis de la vena iliaca común izquierda provocada por el síndrome de May-Thurner, puede encontrarse en aproximadamente un 24% de la población, sin síntomas de insuficiencia venosa crónica. El diagnóstico de esta patología tras una trombosis venosa iliofemoral, es más sencillo, puesto que es su causa en más del 80% de las ocasiones. Nuestro objetivo es identificar a estos pacientes antes de las complicaciones potenciales.

Material y Método: Revisamos retrospectivamente los casos de stenting venoso iliaco realizados en nuestro servicio (2016-2017). Tratamos 6 mujeres, entre 29 y 43 años. Todas presentaban dolor y edema en extremidad inferior izquierda, y dos además referían claudicación venosa, así como síntomas de insuficiencia venosa pélvica. Cinco casos fueron diagnosticados sin complicaciones aún, mediante datos clínicos, ecografía doppler, TAC y flebografía multiplanar. El sexto fue de origen posttrombótico, de 30 años de evolución, con edema crónico de la extremidad.

Resultados: En todos los casos el éxito técnico fue completo, con implantes de stents Sinus Venous (Grifols) y Venovo (Bard), con calibres entre 14 y 20 mm. Dos casos asociaron varices pélvicas que fueron embolizadas. Todos permanecen permeables en la actualidad. Los datos clínicos de mejoría han sido totales en 4 pacientes, 1 permaneció con dolor pélvico e inguinal por una neuropatía ilioinguinal y el caso posttrombótico mejoró solo parcialmente.

Conclusiones: Creemos que la clave del tratamiento en esta patología está en anticiparse a las complicaciones trombóticas, y que los pacientes sintomáticos y con un diagnóstico flebográfico de SMT pueden ser tratados de forma sencilla y segura mediante stenting.

E-mail: marisaroma2@gmail.com

P11. SÍNDROME DE ISQUEMIA-REPERFUSIÓN INTESTINAL SECUNDARIO AL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ARTERIAS VISCERALES. A PROPÓSITO DE UN CASO

Robles Martín, María Luisa. Reyes Ortega, Juan Pedro. Alonso Argüeso, Gonzalo. Novo Martínez, Gloria María. Rodríguez Morata, Alejandro.

Hospital Quirónsalud Málaga

Introducción: La isquemia-reperfusión es un proceso patológico complejo que se produce a nivel celular y extracelular. Los cambios bioquímicos y moleculares establecidos durante la isquemia pueden predisponer a un daño mediado por radicales libres al producirse una situación de hiperflujo.

Caso clínico: Mujer de 68 años, con antecedente de hipertensión arterial, dislipemia y cardiopatía isquémica revascularizada. Presenta dolor abdominal y pérdida ponderal diagnosticándose una colitis isquémica segmentaria secundaria a enfermedad arterioesclerótica visceral (estenosis crítica de arteria mesentérica superior y tronco celíaco) tratada mediante stent en mesentérica superior hace cuatro años. Mejoría clínica parcial acompañada de ganancia de peso produciéndose un empeoramiento progresivo en los últimos años hasta presentar dolor postprandial intenso asociado a caquexia confirmándose oclusión del stent.

Material y Método: Conseguimos recanalizar ambas arterias ayudados por el Aptus Torquide de 7F. Predilatamos de forma progresiva el tronco celíaco colocando un stent, y tratamos mediante angioplastia con balón farmacológico intrastent la mesentérica superior. A las 48h comenzó gradualmente con dolor y distensión abdominal, disnea y oligoanuria. Se realiza AngioTC destacando la presencia de realce mucoso gástrico y de asas intestinales de forma difusa, líquido libre intraabdominal, así como derrame pleural bilateral en probable relación con un síndrome de hiperperforación tras la revascularización. El cuadro mejoró con cuidados en UCI, con alta a las dos semanas.

Comentarios: La severidad del fenómeno de reperfusión es muy variable dependiendo de múltiples factores. La respuesta que presento nuestra paciente secundaria a la hiperperforación es infrecuente, estando poco descrita en este contexto ya que es bastante excepcional la revascularización de ambos vasos.

E-mail: marisaroma2@gmail.com

P12. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMAS Y PSEUDOANEURISMA DE LA ARTERIA RENAL, MEDIANTE EMBOLIZACIÓN SELECTIVA: REPORTE DE 3 CASOS

Castillo Martínez, Ester. Moreno Reina, Ana. Gómez Pizarro, Lara. Núñez de Arenas-Baeza, Guillermo. García León, Andrés
Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme

Introducción: Los aneurismas y pseudoaneurismas de arteria renal son raros, con una incidencia estimada de 0.1% en la población general y representan aproximadamente el 25% de todos los aneurismas viscerales. El estándar de oro en cuanto al tratamiento es la cirugía abierta, asociándose con un alto riesgo de nefrectomía, mortalidad y morbilidad. La embolización de la arteria renal o sus ramas es un procedimiento alternativo para el tratamiento de aneurismas de esta.

Caso clínico: Se evaluaron 3 pacientes que se sometieron a embolización selectiva de ramas segmentarias de la arteria renal, utilizando colis de liberación controlada. 2 eran mujeres con edades de 57 y 78 años y 1 hombre de 44 años. Los diagnósticos clínicos y radiológicos referidos para la embolización de la arteria renal fueron, 2 aneurismas de la arteria renal anterior, ambos saculares, uno con diámetro máximo de 1.9 cm, monoreno funcional y que presentaba como síntoma dolor lumbar, el otro con diámetro máximo de 3 cm y 1 pseudoaneurisma iatrogénico de la arteria segmentaria inferior, tras sesión de litotricia.

Material y Método: Después de la angiografía renal selectiva e identificación de la arteria afecta, se procedió al implante de varios colis de liberación controlada a través de microcatéteres, en todos los casos. Posteriormente se analizaron los cambios en la sintomatología, pruebas de función renal y controles radiológicos mediante TC.

Comentarios: La embolización renal es un tratamiento seguro, efectivo y mínimamente invasivo para el tratamiento de esta patología con una morbilidad mejorada, asociada en parte a la introducción de agentes embólicos y catéteres más precisos.

E-mail: estermelinacastillo.z4@gmail.com

P13. AAA ATROSCLERÓTICO-INFLAMATORIO DE CRECIMIENTO RÁPIDO

Manosalbas Rubio, Isabel M^a; Doíz Artazcoz, Esther; Ruales Romero, Ana Margarita; García Blanco, Victoria Eugenia; Rodríguez Piñero, Manuel.

HUPM, Cádiz

Introducción: Los aneurismas inflamatorios son una entidad que difiere en varios aspectos al resto de aneurismas no específicos, debido a una respuesta inflamatoria local periaórtica exagerada con intensa fibrosis perianeurismática, por lo que desde el punto de vista clínico, diagnóstico, histopatológico y de tratamiento, ha de manejarse de forma distinta.

Caso clínico: Varón de 69 años, hipertenso, diabético y con EPOC que es diagnosticado de Fiebre Q y al que en ese momento se le realizó una Angio-TC que fue normal. En la Angio-TC de control al año, se encuentran dilataciones saculares múltiples en aorta abdominal infrarrenal con juicio clínico de AAA micótico, por lo que es tratado mediante cirugía abierta con un postoperatorio complicado por shock hipovolémico debido a sangrado activo en cara posterior de aorta que se resolvió. Tras el estudio anatomopatológico de la pared aórtica y los controles analíticos de anticuerpos frente a *Coxiella burnetii*, se desecha el origen micótico diagnosticándose al paciente de AAA aterosclerótico-inflamatorio de crecimiento rápido.

Material y Método: .

Comentarios: - Se dan en pacientes con menor edad que los de origen aterosclerótico. - Presentan menor riesgo de ruptura pero

con igual o mayor mortalidad tras la misma. - Los corticoides no disminuyen la inflamación local y pueden aumentar el riesgo de ruptura prequirúrgica. - Alta morbilidad al influir sobre estructuras vecinas.

E-mail: isamaru91@gmail.com

P14. NECROSIS EPIDÉRMICA POR OCLUSIÓN TROMBÓTICA DE LA ARTERIA FEMORAL PROFUNDA COMO COMPLICACIÓN RARA TRAS UNA RECONSTRUCCIÓN COMPLEJA FEMORAL Y DEGENERACIÓN ANEURISMÁTICA DE UN BYPASS AUTÓLOGO

Vargas Gómez, Carolina. Scholz, Lothar. Kilic, Metin. Savvidis, Savvas Neufang, Achim
Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden

Introducción: La degeneración aneurismática del injerto protésico aortobifemoral es una complicación conocida que puede conllevar la oclusión trombótica completa de la prótesis o la infección de ésta. En cambio la degeneración aneurismática de un bypass autólogo es una complicación infrecuente.

Caso clínico: Paciente de 67 años que ingresa a través de urgencias con fiebre, leucocitosis y niveles altos de PCR. En la exploración clínica presenta un principio de necrosis tisular en la cara interna de la pierna con fuertes dolores inguinales. En la historia previa destaca la implantación de un injerto protésico aortobifemoral y un bypass autólogo femoropopliteal, con varias reintervenciones en la A. femoral izquierda.

Material y Método: En la TAC se diagnosticó una degeneración aneurismática de la anastomosis femoral y del bypass autólogo, tras ocho años todavía permeable, con una oclusión trombótica de la Arteria femoral profunda, que provocó una isquemia tisular del muslo. Se efectuó la resección completa del tejido aneurismático y el reemplazo de la rama izquierda de la prótesis con vena femoral superficial con anastomosis en la arteria femoral profunda. Para restablecer el flujo periférico se realizó un bypass femorocrural con Omniflow y vena safena interna a la arteria peronea. Tras la revascularización desapareció el dolor por completo y las lesiones isquémicas del muslo curaron.

Comentarios: En reconstrucciones complejas la degeneración aneurismática del bypass autólogo puede conllevar una oclusión trombótica de la Arteria femoral profunda con una isquemia de los tejidos concomitantes poco frecuente. El uso de material autólogo y de bioprótesis permite la revascularización completa con buenos resultados a largo plazo.

E-mail: carovg_@hotmail.com

P15. FÍSTULA AORTOENTÉRICA SECUNDARIA

Muñoz Chimbo AV, Castillo Martínez EM, Moreno Reina A, Moreno Machuca FJ, García León A
Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme

Introducción: La fístula aortoentérica secundaria a prótesis vascular (incidencia del 0,3-5,9%), supone un reto diagnóstico-terapéutico ya que puede presentarse con una clínica larvada y lleva asociada una alta tasa de morbimortalidad.

Caso clínico: Varón de 73 años, exfumador. Hace 11 años se realizó Bypass aortobifemoral por isquemia crónica de MMII, y hace tres, hemicolectomía derecha por úlcera cecal secundaria a proceso inflamatorio crónico (decúbito de prótesis vascular). Acude a urgencias síndrome constitucional posterior a un cuadro de gastroenteritis autolimitado. Al examen físico se objetiva pulsos femorales expansivos. Se realiza AngioTC objetivándose colección líquida de 2cm adyacente

a ambas anastomosis femorales de bypass previo. Mediante punción ecoguiada se obtiene material purulento, enviando muestras a cultivo. En hemocultivos se aísla enterococo faecalis; iniciándose antibioterapia dirigida. Por la sospecha de infección protésica decidimos realizar bypass axilofemoral bilateral (PTFE 8mm), tunelizado lateral a colección inguinal seguido de abordaje abdominal y explante protésico. Se objetiva solución de continuidad de la cuarta porción duodenal y tejido inflamatorio periprotésico correspondiente a fístula aortoparaprotésica-intestinal secundaria. Se procede al cierre directo de aorta y sutura simple intestinal. El paciente presenta un postoperatorio favorable, encontrándose afebril y estable. Todos los cultivos protésicos resultan negativos.

Material y Método: .

Comentarios: Factores mecánicos e infecciosos pueden ser la causa de esta complicación. Patógenos de baja virulencia (cocos grampositivos, Staphylococcus aureus, estreptococos, enterococos, organismos gramnegativo) por invasión directa o siembra hematógena, generalmente ocasionan infecciones tardías con síntomas ambiguos. El tratamiento se basa en antibioterapia, revascularización, explante protésico y reparación de la fístula.

E-mail: andrevero77@gmail.com

P16. RECONSTRUCCIÓN DE LA AORTA ABDOMINAL CON VENA FEMORAL SUPERFICIAL EN UN ANEURISMA SACULAR INFRARENAL EN PACIENTE CON SÍNDROME DE BEHCET

Vargas Gómez, Carolina. Kilic, Metin. Scholz, Lothar. Savvidis, Savvas Neufang, Achim
Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden

Introducción: La enfermedad de Behcet es una vasculitis sistémica de etiología desconocida que produce típicamente úlceras orales y genitales y uveítis recurrente. Tiene una alta prevalencia en Turquía, afecta a adultos jóvenes entre 20 a 40 años y produce trombosis arteriales y venosas y aneurismas infrecuentes de arterias sistémicas y pulmonares.

Caso clínico: Paciente de 52 años con síndrome de Behcet y un aneurisma de aorta infrarenal sacular y parcialmente trombosado de 5,5 cm de diámetro. Hallazgo casual tras TAC abdominal por dolor lumbar y control de quistes renales en ambos riñones. Enfermedades previas: hipertensión arterial, trombosis del seno venoso cerebral y tabaquismo 30 paquetes/año.

Material y Método: Ante la sospecha de una etiología infecciosa resección de la aorta tras clampaje suprarrenal, desbridamiento quirúrgico y reconstrucción de la aorta infrarenal con vena femoral superficial, extraída de ambas extremidades y reimplantación de la arteria mesentérica inferior en la rama izquierda. Protección de la reconstrucción autóloga con Omento mayor. Microbiología: Corynebacterium y Brevibacterium species. Con antibióticos sistémicos presentó un postoperatorio normal. A los 36 meses la reconstrucción permanece permeable. No se observaron trombosis venosas superficiales ni profundas en la fase postoperatoria, ni en el seguimiento.

Comentarios: La enfermedad de Behcet es conocida por su propensión a la formación de aneurismas arteriales inusuales en las arterias sistémicas y pulmonares. Un control regular en la fase postoperatoria es importante para detectar de manera precoz la necesidad de una nueva intervención quirúrgica en caso de trombosis o aneurismas anastomóticos, frecuentes en estos pacientes.

E-mail: carovg_@hotmail.com

P17. SÍNDROME DE LA AORTA PEQUEÑA O DE HIPOPLASIA AORTOILIACA: REPORTE DE UN CASO

Galera Martínez MC, Ruales Romero AN, García Blanco VE, Dóiz Artázcoz E, Rodríguez Piñero M.
Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

Introducción: El síndrome hipoplásico aortoiliaco, también denominado síndrome de la aorta pequeña, es una causa infrecuente de arteriopatía periférica no aterosclerótica. Se caracteriza por la presencia de estenosis aortoiliaca en mujeres relativamente jóvenes de baja estatura, junto a determinados factores de riesgo (hipertensión y tabaquismo). Clínicamente suele manifestarse con claudicación intermitente aunque puede debutar con eventos tromboembólicos agudos y suele asociarse a fenómenos trombóticos en el postoperatorio. El diagnóstico mediante arteriografía o angioTC muestra estrechamiento de aorta infrarrenal e ilíacas, con eje femoropoplíteo relativamente sano. Las opciones terapéuticas son diversas y debe individualizarse cada caso. Presentamos el caso de una mujer con dicho síndrome.

Caso clínico: Mujer de 63 años con hipertensión arterial, dislipemia y tabaquismo activo. Además, hipotiroidismo iatrogénico tras E. Graves-Basedow y hemorragia intraparenquimatosa reciente. Acude a urgencias con cianosis distal en extremidades inferiores de un mes de evolución junto a dolor de reposo. En arteriografía de miembros inferiores se observa oclusión de aorta infrarrenal y recanalización en femoral común bilateral por colateralidad desde epigástricas, así como arterias ilíacas de trayecto fino y recto. Fue intervenida mediante bypass aortobifemoral con prótesis de Dacron 14x7mm vía anterior, observándose fino calibre aórtico. Preciso reintervención por sangrado en lecho quirúrgico y requirió trombectomía de la prótesis.

Material y Método: .

Comentarios: El síndrome de la aorta pequeña es una rara causa de arteriopatía periférica de base no aterosclerótica que a menudo puede pasar desapercibida. El estudio de su posible asociación a fenómenos protrombóticos podría ser de interés de cara al manejo postoperatorio.

E-mail: cgaleramartinez@gmail.com

P18. IMPLANTACIÓN EXITOSA DE UNA NEOAORTA DE PERICARDIO BOVINO EN LAS INFECCIONES DEL INJERTO PROTÉSICO: A PROPÓSITO DE TRES CASOS

Vargas Gómez, Carolina. Kilic, Metin. Scholz, Lothar. Savvidis, Savvas. Neufang, Achim.
Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden

Objetivo: Demostrar el uso del pericardio bovino como material válido sólo o en combinación con bioprótesis para la reconstrucción del eje aortoiliacal en las infecciones crónicas del injerto protésico.

Material y Método: Caso 1: mujer, 66 años, EP Aneurisma de la aorta abdominal e implantación de una prótesis aortobifemoral. Daño intraoperatorio de las venas ilíacas. 15 años después infección del injerto y degeneración aneurismática de la anastomosis femoral. Hernia abdominal. Caso 2: mujer, 71 años, EP Bypass aortobifemoral y dos revisiones posteriores con interposición aortoiliaca y daño intraoperatorio de la vena femoral profunda. Ruptura contenida de la anastomosis femoral. Gran hernia abdominal. Caso 3: hombre, 87 años. Ruptura contenida de ambas anastomosis femorales. Reconstrucción de la rama derecha con Omniflow 2. En un segundo acto quirúrgico, explantación del injerto infectado y reconstrucción de la aorta y la rama izquierda con pericardio bovino. Ante la no disponibilidad de la vena femoral superficial, se diseñó una neoaorta con parche de pericardio bovino con la explantación completa del material sintético y la reconstrucción in situ del eje aortoiliacal. De forma paralela se implantó una malla abdominal para reparar la hernia en los dos primeros casos.

Resultados: Microbiología: CNS, propionibacterium acnes y CNS, estéril. En los tres casos se consiguió la integración completa de la neoaorta que permanece tras 17, 14 y 10 meses del postoperatorio completamente permeable.

Conclusiones: El uso del pericardio bovino sólo o en combinación con bioprótesis posibilita la reconstrucción completa del eje aortoiliacal como una buena alternativa al material autólogo, con una excelente aceptación del injerto y con una permeabilidad aceptable.

E-mail: carovg_@hotmail.com