

DOI:10.15568/am.2014.793.sp02.ab01

**ABSTRACTS DE COMUNICACIONES REDACTADAS  
PARA REUNIONES INTERHOSPITALARIAS DE  
LA SOCIEDAD ANDALUZA DE ANGIOLOGÍA Y  
CIRUGÍA VASCULAR, MARZO 2014**

**C1. TROMBOSIS ARTERIAL DE REPETICIÓN EN PACIENTE  
CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL**

I. M. Hebberecht López, R. Ros Vidal, F. Fernández Quesada, M. Guillén Fernández, A. Bravo Molina, J.D. Herrera Mingorance, L.M. Salmerón.

*Servicio de Angiología y Cirugía Vascul Hospital Universitario San Cecilio de Granada*

**Introducción:** La trombosis venosa y arterial son, aunque infrecuentes, graves manifestaciones extraintestinales de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

**Caso Clínico:** Hombre de 50 años con antecedentes personales de tabaquismo y Enfermedad de Crohn con episodio de diarrea hace dos semanas, consulta por dolor brusco en ambos miembros inferiores de una semana de evolución tras haber sido diagnosticado de lumbociatalgia. Presenta obstrucción femoro-poplíteo derecha y poplíteo-distal izquierda, palidez y frialdad bilateral, sin clínica de isquemia crónica previa. Es intervenido de urgencia por isquemia aguda con trombosis bilateral realizándose trombolectomía transfemorales derecha y transpoplíteo izquierda. Presenta dificultad para alcanzar nivel óptimo de anticoagulación con heparina sódica intravenosa y mientras tanto presenta trombosis de repetición que requieren reintervención en tres ocasiones en miembro inferior izquierdo. En el postoperatorio desarrolla un fracaso renal agudo por amiloidosis secundaria confirmada histológicamente mediante biopsia renal transyugular.

**Comentarios:** El riesgo de eventos tromboembólicos tanto arteriales como venosos es tres veces superior en pacientes con EII respecto a la población general. La patogénesis de la trombosis en estos pacientes es multifactorial, abarcando desde factores inmunes hasta el desequilibrio entre factores procoagulantes y anticoagulantes, compartiendo con la aterosclerosis mecanismos inflamatorios; todo ello favorece un estado procoagulante que podría justificar la trombosis arterial aguda en nuestro caso. La amiloidosis secundaria es una complicación infrecuente pero grave que aparece en el contexto de enfermedades inflamatorias crónicas como la Enfermedad de Crohn ensombreciendo el pronóstico vital por su afectación renal y cardíaca; también se ha relacionado con fenómenos tromboembólicos.

**C2. ISQUEMIA CRÍTICA MÁS FAV DISTAL EN MMII, REVASCULARIZAR O AMPUTAR: QUE HACER?**

Davidson Osorio Lozano, Esther Doiz Artázcoz, Elisa

Evangelista Sánchez, El Mehdi Maazouzi, Manuel Rodríguez Piñero

*Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz*

**Introducción:** La isquemia crítica es una patología frecuente que exige revascularización de la extremidad previo estudio imagenológico y planificación de la IQ. La presencia de una FAV supone un riesgo de empeoramiento clínico al aumentar el flujo de la misma y potencialmente los síntomas isquémicos presentes, en donde la amputación primaria se plantea como una opción posible.

**Comentarios:** Las FAV infrapoplíteas son poco frecuentes más aun las espontáneas como en este caso. Las más frecuentes son las adquiridas: postraumáticas o iatrogénicas. Su tratamiento con stents cubiertos es aceptado, aunque son escasos los casos reportados de tratamiento de FAV distales con este método, las indicaciones de uso continúa evolucionando y mostrando buenos resultados. Varios estudios han descrito que el cierre de FAV menores a 100 ml/min no incrementa el flujo distal. Es necesario el seguimiento hemodinámico para constatar la resolución de la FAV así como la cicatrización de las lesiones distales.

**C3. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR LÍMITE COMO ALTERNATIVA A LA AMPUTACIÓN PRIMARIA EN PACIENTE NONAGENARIA**

J.P. Reyes Ortega, A. Rodríguez Morata, R. Merino Sanz y R. Gómez Medialdea

*H.U. Virgen de la Victoria, Málaga*

**Introducción:** La recanalización endovascular de oclusiones extensas infrapoplíteas suelen ser complejas cuando se asocian a lesiones oclusivas del sector femoropoplíteo tipo TASC D. Presentamos el caso de una paciente mayor, no candidata a cirugía clásica, con lesiones extensas del sector femoro-poplíteo y distal.

**Caso Clínico:** Mujer de 90 años, independiente y activa, con antecedentes de DMID, HTA, obesidad ginecoide moderada, varices y FA crónica anticoagulada con sintrom que acude a urgencias por lesión trófica en 1º dedo de pie izquierdo y dolor intenso que impide el sueño. En la angio-resonancia realizada se aprecia una oclusión extensa de femoral superficial desde tercio medio sin visualizar poplíteo ni troncos distales permeables. Ante estos hallazgos y el dolor de reposo intenso se opta por realizar un intento de recanalización extensa de todo el eje F-P y distal como alternativa a la amputación primaria. Se consigue recanalizar la oclusión en AFS, poplíteo y TTP hasta TP mediante angioplastia con balón liberador de drogas (paclitaxel, IN.PACT AMPHIRION) mediante abordaje quirúrgico de trípode femoral por imposibilidad de punción percutánea. La paciente recupera pulso poplíteo y tibial posterior y cursa con un postoperatorio favorable con curación precoz de la lesión trófica.

**Comentarios:** El importante desarrollo en los últimos años de la tecnología endovascular, junto a la adecuada capacitación del cirujano vascular en técnicas endoluminales, permite sobrepasar límites hasta ahora irrevascularizables en este tipo de pacientes de avanzada edad y patología oclusiva con lesiones claramente desfavorables.

#### **C4. DISECCIÓN AORTA TIPO IIIB DEBAKEY CON DEGENERACIÓN ANEURISMÁTICA Y ROTURA CONTENIDA ILIACA.**

Yoldi Bocanegra, Rodrigo; Navarro Muñoz, Estrella; Rodríguez Carmona, Rocío; Carrasco de Andrés, David; Utrilla Fernández, Fernando; Aranaz Ostariz, Verónica; Moreno Escobar, José  
*Hospital Torrecárdenas, Almería.*

**Introducción:** Paciente varón de 47 años en el momento de la primera consulta, que presentaba como únicos antecedentes tabaquismo y enolismo moderado, alergia a penicilina, y sin historia de factores de riesgo cardiovascular. Acude a urgencias por lumbalgia intensa irradiada a MID, con cortejo vegetativo asociado y sin dolor torácico.

**Caso Clínico:** Se practicó TAC toracoabdominal: presencia de disección aorta torácica tipo-B Stanford, que se extendía a iliaca e hipogástrica derechas, perfundiéndose todos los troncos viscerales a través de la luz verdadera, y cifras tensionales altas. Se ingresó en UCI para control tensional y del dolor, cediendo ambos, decidiéndose tratamiento conservador. Seguimiento durante 3 años en consultas, manteniéndose disección tipo-B, con falsa luz permeable, sin dilatación aórtica. En ese momento el paciente deja de acudir a las revisiones, y 3 años más tarde reaparece mediante consulta del servicio de Nefrología, por presentar enfermedad poliquística del adulto, con mala evolución, con insuficiencia renal crónica, que termina precisando diálisis. Entre los estudios realizados, se practica nuevo TAC, en el que ya si se evidencian modificaciones. Se mantiene la falsa luz permeable, pero la aorta abdominal y la iliaca dcha se han dilatado, con 63 y 40,5 mm de diámetro máximo respectivamente. El comportamiento anárquico del paciente nos impide contactar con él hasta que lo logramos 6 meses más tarde, con nuevo crecimiento del aneurisma y aparición de una posible ruptura contenida a nivel de la iliaca común derecha.

**Comentarios:** Presentamos el caso abierto para recabar opiniones acerca del tratamiento más adecuado al caso.

#### **C5. EMBOLISMO SÉPTICO SECUNDARIO A ANEURISMA MICÓTICO HUMERAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Robles Martín ML, Diéguez Rascón FJ, González Herráez JV, Núñez de Arenas Baeza G, García León A.  
*H.U. Nuestra Señora de Valme.*

**Introducción:** La punción arterial inadvertida repetida en drogadictos origina frecuentemente la presencia de pseudoaneurismas, localizándose principalmente en la arteria femoral común. Generalmente se trata de pacientes afectados de VIH, inmunodeprimidos, con condiciones higiénicas deficientes, por lo que son muy habituales las complicaciones secundarias a infección local y/o sistémica.

**Caso Clínico:** Paciente de 50 años, VIH positivo, adicto a drogas vía parenteral, que acude a Urgencias, por dolor de mano I, tras punción de heroína en fosa antecubital. A la exploración se objetiva necrosis superficial y abscesificación de 3º-5º dedos de mano izquierda. Destaca la presencia de una tumoración pulsátil a nivel humeral en zona cicatricial de punciones reiteradas, con pulsos radial y cubital conservados. En ecodoppler se confirma la presencia de un aneurisma humeral de 17 mm de diámetro máximo, parcialmente trombosado. Tras 2 semanas de antibioterapia empírica (vancomicina y ceftriaxona), las lesiones

evolucionan favorablemente, realizándose a continuación un bypass humero-humeral con vena safena interna autóloga y la extirpación del aneurisma micótico con toma de muestras. Los resultados de los cultivos fueron negativos, en probable relación con la antibioterapia recibida. Tras la intervención el paciente conserva pulsos distales, y las lesiones digitales se delimitan progresivamente sin más complicaciones sépticas.

**Comentarios:** Existe gran controversia ante la necesidad, el tiempo y el método de revascularización ante estas complicaciones infecciosas; aunque los resultados del tratamiento han mejorado mucho gracias a la rapidez diagnóstica y al inicio precoz de la antibioterapia.

#### **C6. ANEURISMA MICÓTICO DE ARTERIA FEMORAL COMÚN SECUNDARIO A OSTEOMIELITIS VERTEBRAL.**

Aranaz Ostáriz, V; Carrasco de Andrés, D; Cervantes Bonet, B; Yoldi Bocanegra, R; Moreno Escobar, J.  
*Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.*

**Introducción:** El aneurisma micótico es actualmente una entidad poco frecuente pero continúa suponiendo un reto quirúrgico por su elevada morbimortalidad.

**Caso Clínico:** Paciente varón de 68 años que acude a Urgencias por presentar una masa inguinal derecha pulsátil y dolorosa, realizándose angio-TAC en el que los hallazgos son sugerentes de aneurisma de arteria femoral común derecha infectado. Se interviene realizándose resección del aneurisma y revascularización mediante by-pass femoral común-femoral profunda con aloinjerto arterial criopreservado, junto con antibioterapia inicialmente empírica y posteriormente específica para *Staphylococcus Aureus* meticilín-sensible. Estudio etiológico compatible con osteomielitis vertebral.

**Comentarios:** El aneurisma micótico supone una entidad clínica grave con una elevada morbimortalidad, que precisa tratamiento mediante antibioterapia combinada con desbridamiento quirúrgico agresivo de los tejidos infectados y reconstrucción vascular con material autólogo como primera elección.