

DOI:10.15568/am.2014.793.sp02.ab02

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

**C1. ICTUS HEMISFÉRICO CON MÚLTIPLES LESIONES DE
TSA**

I. Rastrollo Sánchez; J. B. Cuenca Manteca; C. López Espada;
A. Bravo Molina; J. D. Herrera Mingorance; M. Hebberecht López;
L. M. Salmerón Febres

*Servicio de Angiología y Cirugía Vascul. UGR Intercentros de
Granada*

Caso Clínico: Paciente varón de 62 años, fumador sin otros factores de riesgo vascular, que sufre un ictus hemisférico derecho demostrado mediante RMN. Se realiza una angioRMN en la que se observa obstrucción de tronco braquiocefálico con la bifurcación carotídea, subclavia y carótida primitiva derecha y estenosis crítica de más de un 80% de carótida interna derecha y estenosis crítica de más de un 80% de carótida interna izquierda. En el eco-doppler se objetiva inversión del flujo de la arteria vertebral, carótida interna y carótida primitiva derechas y estenosis crítica en carótida interna izquierda. A las dos semanas el paciente es intervenido realizándose recanalización y angioplastia /stent de tronco braquiocefálico a través de abordaje abierto. En eco-doppler postquirúrgico se objetiva arteria vertebral, subclavia y carótida primitiva derechas con flujo anterógrado, y estenosis crítica de carótida interna izquierda ya conocida. Tras 6 semanas es intervenido de nuevo, realizándose endarterectomía carotídea izquierda con parche de PTFE. El paciente fue dado de alta. A los dos meses de la última intervención es revisado y permanece sin nuevos eventos neurológicos, en tratamiento con aspirina y estatina.

Comentarios: Las dudas en este caso se presentaron sobre la necesidad de revascularización del eje derecho, la secuencia de realización y la vía de abordaje.

**C2. QUILOTÓRAX EN PACIENTE CON ANEURISMA DE
AORTA ABDOMINAL Y FIEBRE. CASO ABIERTO.**

Hebberecht-López M, Fernandez-Quesada, F, Bravo-Molina A, Herrera Mingorance JD, Rastrollo-Sánchez I, Salmerón-Febres LM.

*Servicio de Angiología y Cirugía Vascul. UGR Intercentros de
Granada*

Introducción: Los aneurismas micóticos tienen una baja incidencia, pero debido a su alta mortalidad y su alta tasa de rotura precisan un diagnóstico y tratamiento precoz en pacientes susceptibles de ser tratados.

Caso Clínico: Hombre de 76 años exfumador, EPOC con

fibrilación auricular, hipertensión y Diabetes Mellitus tipo 2, seguido en el servicio de Digestivo por dolor abdominal, pérdida de peso y fiebre de cuatro meses de evolución. Durante el estudio se descubre en el TAC un aneurisma de aorta abdominal de 7cm que compromete la arteria renal izquierda, con cambios inflamatorios periaórticos. Se evalúa para corrección quirúrgica pero ingresa por fracaso renal agudo y sepsis por Streptococcus pneumoniae. Durante ese episodio desarrolla un cuadro de disnea y dolor costal derecho, visualizando en la radiografía de tórax un derrame pleural. Se realiza una toracocentesis que resulta diagnóstica de quilotórax. Se decide no intervenir dada su situación basal.

Comentarios: El aislamiento de S.pneumoniae, Salmonella y S. aureus en un hemocultivo asociado a una clínica sospechosa (dolor abdominal, fiebre y pérdida de peso) y la visualización del aneurisma en un TAC nos proporciona el diagnóstico de aneurisma micótico. Presenta rápido crecimiento y elevada mortalidad llegando a ser letal si no se trata. La antibioterapia, la resección del aneurisma infectado y la posterior revascularización es el tratamiento de referencia.

**C3. INFECCIÓN PROTÉSICA RECIDIVANTE EN PACIENTE
REINTERVENIDO Y DE ALTO RIESGO, QUE HACER?**

Davidson Osorio Lozano, Esther Doiz Artázcoz, José Fernando López Atehortúa Atehortúa El Mehdi Maazouzi, Ana Margarita Ruales Romero, Victoria Eugenia García-Blanco, Manuel Rodríguez Piñero

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

Introducción: La infección de injerto vascular protésico es una complicación infrecuente pero grave y potencialmente mortal, por sepsis y/o sangrado masivo por ruptura del injerto. Su tratamiento incluye antibioterapia, resección protésica y bypass extranatómico, cuando está indicado. El tratamiento médico conservador con antibióticos es el mayor predictor de mortalidad pero podría ser una opción para pacientes no operables o en injertos no resecables, con sobrevida mayor a 2 años en algunas series publicadas.

Caso Clínico: Hombre, 68 años, exfumador, dislipémico, diabético, con cardiopatía isquémica severa no revascularizable. En 2007 se realizó bypass axilo-bifemoral derecho por Síndrome de Leriche que requirió TEA de femoral común y profundoplastia por trombosis de rama derecha en junio 2013. Reintervenido por infección de rama derecha del bypass y recambio de la misma en octubre de 2013 (con hemorragia espontánea) y marzo de 2014, aislándose S. Aureus sensible a oxacilina en ambos casos. En este último ingreso requirió también trombectomía urgente por trombosis de rama izquierda del bypass. En junio 2014 ingresó por sobreinfección de herida quirúrgica abdominal del bypass e insuficiencia cardiaca decompensada. Se aisló Pseudomona Aeruginosa sensible a ciprofloxacino por cultivo de herida; al alta con ciprofloxacino oral indefinidamente. En control en septiembre de 2014, herida abdominal cicatrizada y paciente asintomático.

Comentarios: Se plantea un paciente cardiópata severo, con infecciones repetidas y graves de bypass axilo-bifemoral, reintervenido, con un episodio de hemorragia espontánea abundante y con antibioterapia oral indefinida, actualmente asintomático y en aceptable estado general.

C4. TRATAMIENTO DE FÍSTULA AORTOENTÉRICA SECUNDARIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

José Fernando López Atehortua, Rosario Conejero Gomez, Elisa Evangelista Sanchez, Davidson Osorio Lozano, El Mehdi Maazouzi, Ana Margarita Ruales Romero, Victoria Eugenia Garcia Blanco, Manuel Rodríguez Piñero

*Unidad de Angiología y Cirugía Vascular
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz*

Introducción: La incidencia de FAE secundaria es del 0,3 al 1,6% y la morbimortalidad es muy elevada. El tratamiento convencional incluye el bypass extra-anatómico, la extracción de la prótesis aórtica y la ligadura de la aorta infrarrenal.

Caso Clínico: Varón de 66 años con HTA, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, bypass aorto-aortico con prótesis de dacron por AAA en año 2008. Ingresó por rectorragia e inestabilidad hemodinámica. No hallazgos importantes en endoscopia. En tercer angioTAC: paso de contraste intravascular a yeyuno, además de diámetro aórtico infrarrenal de 36mm y anastomosis proximal de prótesis de dacron a 35mm de arteria renal derecha. Se realiza exclusión de FAE con endoprótesis VAM4040C100TE (medtronic®); presentando evolución favorable, siendo dado de alta a los 7 días sin sangrado y con antibioterapia oral indefinida.

A los 7 meses reingresa por melenas, hematemesis y dolor abdominal; evidenciándose en AngioTAC pérdida de continuidad de pared anterior de aorta en contacto con asa de yeyuno y paso de contraste al mismo. Se realiza bypass axilobifemoral+ligadura de aorta yuxtarenal+ligadura de arterias ilíacas comunes y reparación de 2 trayectos fistulosos a yeyuno, siendo éxitos a las 8 horas de postoperatorio.

Comentarios: A pesar del avance en técnicas quirúrgicas, la morbimortalidad asociadas a FAE continúa siendo elevada. En todo paciente que presente sangrado digestivo asociado a AAA o antecedente de cirugía aórtica, es imprescindible la sospecha de fístula aortoentérica, teniendo en cuenta que la negatividad de las pruebas no excluye su existencia.

C5. ANEURISMA POPLÍTEO PERMEABLE EN PACIENTE CON OBLITERACIÓN DE LA ARTERIA FEMORAL SUPERFICIAL.

García Blanco, VE.; López Atehortua, JF.; Osorio Lozano, D.; Maazouzi, M.; Ruales Romero, AM.; Arribas Aguilar, F.; Rodríguez Piñero, M.

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: El aneurisma poplíteo es una patología infrecuente, con una prevalencia menor al 0,5%. Presenta una alta asociación de aneurismas en otras localizaciones siendo el abdominal el más frecuente, y el poplíteo contralateral. La principal complicación es la trombosis del aneurisma y de sus troncos distales, pudiendo comprometer gravemente la extremidad y la vida del paciente; la embolización distal es frecuente, aunque suele pasar desapercibida en la mayor parte de los casos o cursar subclínicamente.

Caso Clínico: Paciente varón de 67 años, exfumador y sin otros antecedentes médicos de interés. Seguido en consulta externa por historia de claudicación gemelar a 100 metros en tratamiento con Cilostazol y antiagregación plaquetaria. A la exploración, presenta

pulsos distales en miembro inferior izquierdo y pulso femoral con ausencia del resto en miembro inferior derecho. En Eco-Doppler arterial MID se observa obliteración femoral superficial derecha y dilatación aneurismática de la arteria poplíteo de 2x6cm (AP y longitud) de diámetro máximo, con permeabilidad de la luz. A nivel distal permeabilidad de arteria tibial posterior y peronea. En angio-RM se objetiva obliteración de la AFS y recanalización en primera porción poplíteo.

Comentarios: La indicación de tratamiento invasivo para el aneurisma poplíteo asintomático se considera a partir de un diámetro de 2cm, por tanto, el paciente se encuentra en el margen terapéutico. Si se optase por una decisión invasiva, el tratamiento endovascular no sería una elección terapéutica debido a la oclusión del eje arterial proximal al aneurisma. Por tanto, el manejo del paciente se decidiría entre tratamiento quirúrgico convencional o tratamiento conservador.

C6. CRECIMIENTO TARDÍO POR ENDOFUGA TIPO 2 DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL EXCLUIDO MEDIANTE REVA.

Ruales Romero, AM.; López Atehortúa, JF.; Osorio Lozano, D.; Maazouzi, M.; García Blanco, VE.; Arribas Aguilar, FN.; Rodríguez Piñero, Manuel.

Hospital Universitario_Puerta del_Mar_Cádiz

Introducción: La complicación mayor más frecuente tras el tratamiento endovascular de los aneurismas abdominales infrarrenales son la endofugas, y dentro de ellas las endofugas tipo 2, presentándose en el 9 - 30% de pacientes. Aunque no hay evidencia suficiente en el momento actual que apoye la asociación entre una endofuga tipo 2 y la rotura del aneurisma, existen estudios que comprueban la asociación entre éste tipo de endofugas y el crecimiento del saco aneurismático.

Caso Clínico: Varón de 84 años, con antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, fumador, neoplasia vesical intervenida, colecistectomía, y AAA de 7 cm, excluido mediante endoprótesis bifurcada en 2011 previa embolización de arteria mesentérica inferior. Se realiza seguimiento mediante angioTAC al mes, seis meses, un año y tres años donde se objetiva endofuga tipo 2 dependiente de arteria lumbar sin crecimiento del saco aneurismático. En angioTAC a los 5 años se mantiene dicha endofuga condicionando un aumento de 7 mm del diámetro del saco.

Comentarios: Existe una gran controversia acerca del tratamiento de pacientes con endofuga tipo 2. En los estudios realizados no se llegan a consensos sobre la actitud a seguir, ya que no está claro que sea una causa directa de rotura de aneurisma. En general, se acepta que si un paciente presenta una endofuga tipo 2 y un crecimiento del saco aneurismático de más de 5 mm, debe ser intervenido. Se debe tener en cuenta las características del paciente en primer lugar, el tamaño del aneurisma, los vasos involucrados y la eficacia de las técnicas de tratamiento consideradas.