

DOI:10.15568/am.2014.793.sp02.co01

## COMUNICACIONES ORALES

1ª Sesión. Viernes, 28 de noviembre (9.00-10.30h)

### C1. EXPLANTE DE ENDOPRÓTESIS AORTOILÍACAS: A PRO- PÓSITO DE TRES CASOS

Jiménez Palmer, R.; Zaplana Córdoba, M.; Cosín Sales, O.; Cambroner Aroca, M.; Fernández Catalán, C.; Landaluze Chaves, M.

*Complejo Hospitalario Universitario de Albacete*

**Introducción:** El explante de endoprótesis aortoílicas, se considera un procedimiento de recurso dada su elevada morbi-mortalidad. Se presentan 3 casos de explante de endoprótesis.

**Material y Métodos:** Caso 1: varón de 78 años, portador de endoprótesis aórtica (Excluder, Gore), presenta una fistula aortoentérica como complicación tras 4 años. Se realizó explante de la endoprótesis y derivación extraanatómica mediante bypass axilobifemoral. Caso 2: varón de 64 años, con bypass aorto-aórtico en seguimiento por linfocel periprotésico. Presentó rotura espontánea del bypass, por lo que se implanta de forma urgente endoprótesis ilíaca (Excluder, Gore). Durante el postoperatorio, presentó cuadro febril y aumento de parámetros inflamatorios, con cultivo positivo de muestra obtenida por punción ecoguiada. Se realizó explante de endoprótesis y derivación extraanatómica mediante bypass axilobifemoral. Caso 3: varón de 57 años, que debuta con rotura espontánea de arteria ilíaca, que se maneja de modo endovascular, mediante cobertura con endoprótesis ilíaca (Spiral Z, Cook). En el estudio postoperatorio se evidenció arteritis por Salmonella, por lo que se realizó explante de endoprótesis y realización de bypass femoro-femoral.

**Resultados:** En el caso 1, el paciente falleció en el postoperatorio inmediato por shock séptico. En los casos 2 y 3, la evolución clínica inmediata es satisfactoria (4 y 1 meses de seguimiento respectivamente).

**Conclusiones:** El explante de endoprótesis, es un procedimiento considerado de alta morbi-mortalidad, debido a la mala situación clínica que suelen presentar los pacientes y la complejidad técnica que puede suponer. Sin embargo, dado el auge de los procedimientos endovasculares será una práctica cada vez más frecuente.

### C2. ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL ROTO. SUPERVIVENCIA EN FUNCIÓN DE LA EDAD EN NUESTRO CENTRO.

M. Hebberecht López, R. Ros Vidal, A. Bravo Molina, J.D. Herrera Mingorance, L.M. Salmerón Febres.

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

**Introducción:** La incidencia del aneurisma de aorta abdominal (AAA) aumenta con la edad (1-1,5% en la población general, 3,9-5,1% en varones mayores de 65 años). A pesar de haber disminuido la mortalidad con los avances en las técnicas quirúrgicas, ésta persiste elevada en pacientes con ciertos factores de riesgo (FR), como la edad avanzada. Nuestro objetivo es evaluar la influencia de la edad y otros FR en la supervivencia de los pacientes intervenidos de AAA infrarrenal roto en nuestro centro.

**Material y Métodos:** Análisis descriptivo retrospectivo de los pacientes intervenidos de AAA infrarrenal roto en nuestro servicio entre 2003- agosto 2014. N=96 pacientes intervenidos: 97% varones, edad media 74 años. El 63% fueron intervenidos mediante técnica endovascular y 36% con cirugía abierta.

**Resultados:** Mortalidad total: 47.9% (54.5% en cirugía abierta, 44% en endovascular (p: 0.347)). La insuficiencia renal crónica (IRC) aumenta la mortalidad con tendencia a la significación estadística (p: 0.054). La edad avanzada se relaciona con el aumento de mortalidad precoz (p: 0.015), siendo esta relación estadísticamente significativa a partir de los 73 años (p: 0.039).

**Conclusiones:** 1. La edad influye en la supervivencia de los pacientes intervenidos por AAA infrarrenal roto, siendo esta asociación significativa a partir de 73 años, por lo que debe ser un factor a tener en cuenta de cara a la indicación quirúrgica. 2. Sería necesario aumentar la muestra para obtener una significación estadística a la hora de considerar una mayor mortalidad en los pacientes intervenidos mediante cirugía abierta y en pacientes con IRC.

### C3. ESCALAS DE ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO EN LA REPARACIÓN ENDOVASCULAR DEL ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL

Bravo Molina A, Lozano Alonso S, Linares Palomino JP, Herrera Mingorance JD, Salmerón Febres LM.  
*Hospital Universitario San Cecilio, Granada*

**Introducción:** Diversos modelos de predicción de riesgo han sido desarrollados. Éstos ayudan a predecir la mortalidad intrahospitalaria y facilitan la toma de decisiones y el proceso de consentimiento informado. En este estudio comparamos cuatro escalas de riesgo en pacientes sometidos a tratamiento endovascular.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo de 71 pacientes intervenidos por aneurisma de aorta abdominal (AAA) tanto asintomático como roto entre el 1 de enero de 2012 y el 31 de diciembre de 2013 mediante técnica endovascular. Se recogieron los datos demográficos, analíticos y clínicos previos a la cirugía. Las escalas evaluadas fueron la Glasgow Aneurysm Score (GAS),

Medicare, Vascular Physiological and Operative Severity Score for endUmeration of Mortality (V-POSSUM) y la Vascular Governance North West model (VGNW).

**Resultados:** Edad media de 74 años (65-82), siendo varones 70 pacientes (98,6%). Cincuenta y siete pacientes se intervinieron de forma programada y 14 de forma urgente (rotos), implantándose 56 endoprótesis bifurcadas y 15 aortouni-iliacas. Se produjeron un total de 5 éxitus (7%), todos los cuales eran pacientes con aneurismas rotos. La mortalidad predicha por cada escala fue del 3,2% para VGNW, del 8,5% para V-POSSUM ( $p=0.007$ ) y del 1,8% para Medicare. Todas las escalas mostraron buena discriminación con un área bajo la curva ROC de 0.92 para GAS, 0.82 para VGNW, 0.77 para Medicare y 0.92 para V-POSSUM.

**Conclusiones:** Los 4 modelos pueden ser útiles en la predicción de riesgo en el tratamiento endovascular de los AAA. Se necesitaría un estudio prospectivo con una muestra mayor para validarlos.

#### C4. FISTULAS AORTOENTERICAS: UN RETO PARA EL MANEJO Y TRATAMIENTO

Craven-Bartle Coll, A; Conejero Gómez, R; Rodríguez Piñero, M; Doiz Artazcoz, E; Arribas Aguilar, FN.

*U.G.C Angiología y C. Vascular H. U. Puerta del Mar (Cádiz)*

**Introducción:** Las fístulas aorto-entérica (FAE) primarias (FAEP), sin cirugía aórtica previa, y las secundarias (FAES), tras cirugía aórtica (incluido endovascular (EVAR)) son poco frecuentes (0,04-0,07% y 0,7-1,7%) y presentan alta mortalidad.

**Material y Métodos:** FAE intervenidas en los últimos 8 años en nuestra Unidad.

**Resultados:** - FAEP (1): Bypass aortobifemoral + reparación intestinal; exitus 48 horas. - FAES Cirugía aórtica (5): 3 bypass aortobifemoral (uno infectado, otro trombosado y el tercero con PSA anastomótico aórtico) y 2 bypass aorto-aórtico (un PSA anastomótico proximal). Tratamiento: 2 cirugía abierta: uno exitus intraoperatorio y otro vive a los 8 años con dos bypass axilofemorales permeables (FAES por infección protésica); 3 reparación endovascular: 2 permeables y vivos a los 2 y 4 años respectivamente (PSA anastomótico en bypass aorto-aórtico (endoprótesis bifurcada) y PSA anastomótico en bypass aortofemoral (endoprótesis aorto-iliaca)); el tercer caso, a los 7 meses de FAES tratada con endoprótesis recta (PSA proximal bypass aorto-aórtico) nueva hemorragia gastro-intestinal (HGI) (endofuga Ia), requiriendo explante de prótesis y bypass extra-anatómico, exitus tras cirugía.- FAES EVAR (1) (10 meses tras endoprótesis bifurcada): extensión iliaca sellando endofuga III; tras 48 horas, nueva HGI (endofuga Ia) realizándose explante de endoprótesis y bypass extra-anatómico; exitus tras cirugía.

**Conclusiones:** Descartar FAES en casos de HGI y antecedente de cirugía aórtica; EVAR no garantiza la no aparición de FAES. EVAR eficiente y seguro para estabilizar pacientes con FAE, con menor morbi-mortalidad. El riesgo de infección permanece, persistiendo un riesgo de resangrado alto, haciendo plantear cirugía con ablación de prótesis y revascularización extra-anatómica en segundo tiempo.

#### C5. REINTERVENCIÓN DE PACIENTES CON EVAR PREVIO Y USO DE EXTENSIONES ILÍACAS

Jose Damián Herrera Mingorance, Jose Patricio Linares Palomino, Alejandra Bravo Molina, Marina Hebberecht López, Luis Miguel Salmerón Febres.

*UGC Intercentros de Angiología y Cirugía Vascular de Granada*

**Introducción:** Algunos pacientes tratados mediante reparación endovascular de aneurisma aórtico (EVAR) precisan

de reintervención con colocación de extensiones ilíacas por diversas complicaciones. El objetivo de este estudio es describir nuestra experiencia con el uso de extensiones ilíacas en pacientes con EVAR previo.

**Material y Métodos:** 12 pacientes varones con media de edad de 72.4 años y 3 o más factores de riesgo vascular en 8 de ellos, con aneurisma aórtico infrarrenal en todos los casos y aneurisma iliaco en 6, con EVAR realizado entre los años 2001 y 2014 (de un total de 462 EVAR, 2.6%). Durante el seguimiento se detecta endofuga tipo IB (n=6), crecimiento aneurismático de arteria iliaca común (n=2) o de arteria hipogástrica no cubierta con la rama (n=2), trombosis (n=1) o migración proximal de la misma (n=1), que obliga a reintervenir a los pacientes. Se colocaron 14 extensiones ilíacas (2 solapadas en un paciente y extensión ilíaca bilateral en otro) y 2 stent recubiertos, asociándose embolización selectiva de arteria hipogástrica en 5 pacientes, con éxito técnico en todos los casos. En un caso fue preciso realizar un bypass femoro-femoral por trombosis de la rama contralateral.

**Resultados:** El seguimiento fue clínico, ecográfico y mediante TC al 1, 6 y 12 meses, y posteriormente anual. Cuatro pacientes fallecieron por causas no vasculares, permaneciendo el resto asintomáticos, con procedimientos permeables sin complicaciones. Un caso precisó colocación de extensión proximal por endofuga tipo IA.

**Conclusiones:** El uso de extensiones ilíacas es una herramienta terapéutica segura y factible para tratar distintas complicaciones en pacientes con EVAR.