

DOI:10.15568/am.2014.793.sp02.cp01

COMUNICACIONES TIPO PÓSTER

1ª Sesión. Sábado, 29 de noviembre (9.30-11.00h)

P1. EXPLANTE QUIRÚRGICO DE ENDOPRÓTESIS AORTO BI-ILÍACA POR FUGA TIPO IA POR CRECIMIENTO DE AORTA VISCERAL

Marta Garnica Ureña, Borja Castejón Navarro, África Duque Santos, María Asunción Romero Lozano, Enrique Aracil Sanus, Agustín Utrilla López.

Hospital Universitario Ramón y Cajal (Madrid)

Introducción: La reparación endovascular (EVAR) del aneurisma de aorta abdominal (AAA) es un procedimiento mínimamente invasivo que disminuye la morbimortalidad frente a cirugía convencional. Aunque el éxito técnico es elevado (99%), una de las complicaciones más temidas es la endofuga tipo Ia (incidencia entre 4 y 30%), requiriendo nuevas reintervenciones. Presentamos un caso tratado con explante parcial de endoprótesis por fuga tipo Ia tardía.

Caso Clínico: Varón de 75 años intervenido quirúrgicamente por fuga Ia asintomática, diagnosticada en angio-TAC de seguimiento. Dos años antes, se interviene por AAA infrarrenal y de ilíacas comunes realizando implante de endoprótesis aorta bi-ilíaca con branch ilíaco derecho y embolización hipogástrica izquierda. Se realiza cirugía programada mediante laparotomía media y disección inguinal bilateral. Exclusión del segmento aórtico visceral con doble balón supra e infravisceral vía femoral derecha e izquierda, respectivamente. Apertura de saco y sección de endoprótesis a nivel del segundo stent con retirada del segmento proximal. Finalmente, by-pass de Dacron de 28mm desde aorta proximal infrarrenal a endoprótesis previa. El paciente evoluciona satisfactoriamente recibiendo el alta al séptimo día postoperatorio.

Comentarios: El abordaje de nuestro paciente a través de cirugía convencional, con clampaje del dispositivo y retirada parcial, redujo la duración del procedimiento y la posibilidad de lesionar estructuras vasculares adyacentes. Según recientes publicaciones, el explante electivo de endoprótesis por endofugas tipo I y III, se considera un tratamiento aceptable por sus exitosos resultados y su escasa morbimortalidad comparada con cirugía urgente.

P2. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ANEURISMA MICÓTICO CON PRESERVACIÓN DE INJERTO RENAL

Romero Lozano MA., Garnica Ureña M., Duque Santos A., Castejón Navarro B., Gandarias Zuñiga C.

Hospital Universitario Ramón y Cajal

Introducción: Las Aortitis infecciosas presentan una prevalencia del 1-1.8% de los aneurismas aórticos. Es de especial relevancia identificar a los pacientes susceptibles de tratamiento quirúrgico.

Caso Clínico: Varón 80 años con HTA, DM, cardiopatía isquémica FEVI del 40%, EPOC, ERC secundaria a TBC urinaria con trasplante renal normofuncionante, arteriopatía periférica y AAA de 36 mm de diámetro. Ingresó por dolor lumbar persistente, hallándose en TAC espondilodiscitis de L3-L5 y Aneurisma Aórtico infrarrenal de 48 mm de diámetro, con burbujas de gas en su pared, compatible con aneurisma micótico. Se decide tratamiento mediante artrodesis vertebral y antibioterapia con vancomicina, ciprofloxacino y metronidazol durante 2 meses, manteniéndose diámetro aórtico estable en TACs durante el ingreso. Tras un año de seguimiento, se objetiva crecimiento rápido del saco aneurismático hasta 54 mm. Se decide tratamiento quirúrgico mediante by-pass extraanatómico axilo-renal derecho transitorio para protección del injerto renal. Se realiza resección del tejido infectado con posterior realización de by-pass aorto-bifemoral y reimplante de la arteria renal sobre dicha prótesis. El paciente presenta un postoperatorio sin incidencias, manteniéndose la función renal.

Comentarios: El tratamiento gold standard de los aneurismas micóticos consiste en la resección quirúrgica de la aorta infectada y colecciones adyacentes, by-pass in situ o extraanatómico, y antibioterapia prolongada. El tratamiento antibiótico aislado para aneurismas micóticos suele ser insuficiente por persistencia de la infección y alto riesgo de ruptura. En este caso en particular, es de resaltar, la preservación del injerto renal dado el corto tiempo de clampaje.

P3. HEMATOMA PERIAORTICO POR ENDOFUGA Y CRECIMIENTO DE SACO ANEURISMÁTICO

García Blanco, VE.; Arribas Aguilar, F.; Conejero Gómez, R.; Doiz Artázcoz, E.; Rodríguez Piñero, M.

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

Introducción: Una de las principales complicaciones del EVAR son las endofugas, siendo las tipo III y V de las menos frecuentes y en ocasiones las de más difícil manejo y tratamiento.

Caso Clínico: Varón de 80 años, con fibrilación auricular anticoagulada, cardiopatía isquémica revascularizada, hábito enólico y hepatopatía por virus C. En 2005 se interviene en otro centro de aneurisma de aorta abdominal infrarrenal mediante endoprótesis bifurcada Talent. En TAC de control en 2010, se observa aumento del saco aneurismático por una posible fuga tipo III. Reintervención mediante implantación de endoprótesis recta Endurant en cada rama de la endoprótesis bifurcada y embolización de ramas de las arterias hipogástricas. Controles anuales normales hasta febrero del 2014 que ingresa de urgencias por dolor abdominal. TAC con hematoma adventicial en el saco que se extiende hasta iliaca sin fuga activa (posible fuga tipo IB sellada) y aumento del saco. Colocación de extensión Endurant II a iliaca común distal y a inicio de iliaca externa. Control del primer mes con disminución de la colección adventicial y sin modificaciones en saco. A los 6 meses, asintomático y TAC con

aumento ligero del aneurisma y desaparición de la colección periprotésica, sin observarse fuga de contraste.

Comentarios: El seguimiento del crecimiento del saco aneurismático sin que exista una fuga clara a tratar es primordial en el planteamiento e indicación de tratamiento de las endofugas. El tratamiento de las endofugas presenta hoy en día uno de los retos más importantes de la terapéutica endovascular.

P4. EXCLUSIÓN DE UN ANEURISMA DE LA ARTERIA CARÓTI-DA INTERNA MEDIANTE UN STENT RECUBIERTO

Maldonado-Fernández N, Martínez Gámez FJ, Mata Campos JE, Sánchez Maestre ML, López Arquillo, I.
Hospitalario de Jaen

Introducción: Los aneurismas de la arteria carótida interna extracraneal son poco frecuentes. Generalmente asintomáticos, pero con tendencia al crecimiento que origina trombosis cerebrales por embolización y sintomatología local por compresión de pares craneales. Pueden ser aneurismas verdaderos de origen arterioesclerótico, o pseudoaneurismas secundarios a una cirugía carotídea, un traumatismo cervical o a radioterapia local. La cirugía clásica sigue siendo el tratamiento de elección y puede consistir en una resección del aneurisma y anastomosis extremo a extremo, un bypass venoso o protésico, una angioplastia, o una ligadura de la ACI. Más recientemente se están utilizando de forma exitosa los tratamientos endovasculares mediante stents recubiertos con buenos resultados.

Caso Clínico: Presentamos el caso de una mujer de 75 años con un aneurisma sacular de la arteria carótida interna izquierda proximal de 30 mm de diámetro que fue tratada de forma exitosa con un stent recubierto.

Comentarios: El tratamiento de un aneurisma carotídeo se realiza de forma individualizada, según las características clínicas del paciente y las características anatómicas de la lesión. La cirugía abierta convencional se considera como primera opción, reservando la terapia endovascular para pacientes más débiles, cuellos hostiles o casos que presenten por su localización más alta una reparación quirúrgica más difícil. En nuestra opinión, la estrategia endovascular ha de plantearse en primer lugar. En aquellos pacientes en los que fracase o no sea posible su realización, se procedería entonces a realizar el tratamiento quirúrgico convencional.

P5. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ANEURISMA SINTOMÁ-TICO DE ARTERIA CARÓTI-DA INTERNA

Vera Arroyo, Blanca; Rodríguez Morata, Alejandro; Lara Villoslada, María Jesús; Gallegos Vidal, Mónica; Inaraja Pérez, Gabriel; Gómez Medialdea, Rafael.
Hospital Universitario Virgen De La Victoria, Málaga

Introducción: Los aneurismas de carótida extracraneal son una entidad rara, menos del 1% del total de aneurismas arteriales. Su forma de presentación más común es la clínica neurológica, accidente isquémico transitorio o accidente cerebrovascular, por embolización de material trombótico del interior del aneurisma.

Caso Clínico: Varón de 56 años. AP: Fumador, exbebedor, DM tipo 2, dislipemia, HTA. Hepatitis C, TCE severo por accidente de tráfico hace 30 años trastorno conductual y paresia de cuerda vocal izquierda por traqueotomía. Paciente que ingresa por ACV hemisférico izquierdo con monoparesia de brazo derecho y afasia motora. En eco-doppler de troncos supra-aórticos se detecta aneurisma de arteria carótida interna izquierda con material trombótico en su interior, hallazgo que se confirma por angioRMN. De forma programada se realiza abordaje laterocervical izquierdo, la disección muestra una dilatación aneurismática en la cara lateral del origen de la

carótida interna, surgiendo arteria sanada de la zona más medial del saco. Se lleva a cabo resección del saco aneurismático, cierre de carótida común con sutura continua y anastomosis de la carótida interna en la externa unos 5mm distal a la bifurcación original. El paciente es dado de alta a las 72 horas de la cirugía sin nuevos eventos neurológicos.

Comentarios: El aneurisma carotídeo extracraneal supone un reto dada su baja incidencia y variedad de morfologías. El tratamiento quirúrgico está justificado para prevenir eventos embólicos y debe adaptarse a cada paciente.

P6. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA YUX-TARRENAL SINTOMÁTICO CON ENDOPRÓTESIS TORÁCICA Y CHIMENEA RENAL

Vera Arroyo, Blanca; Rodríguez Morata, Alejandro; Reyes Ortega, Juan Pedro; García López, Milvia; Gómez Medialdea, Rafael.

Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga

Introducción: En el tratamiento endovascular de aneurismas aórticos con compromiso de la aorta visceral pasa por el uso de prótesis fenestradas o técnicas de chimenea/periscopio. Las prótesis fenestradas implican una demora en el procedimiento y no suele ser posible su uso en casos urgentes. Por otra parte, el uso de endoprótesis convencionales se ve limitado por incompatibilidad de medidas. Presentamos un caso de tratamiento de un aneurisma yuxtarenal sintomático con endoprótesis torácica y chimenea renal izquierda.

Caso Clínico: Varón, 70 años. AP: diabetes tipo 2, HTA, dislipemia, EPOC severo, exfumador, obesidad. Ingreso urgente por dolor en flanco derecho. AngioTAC: aneurisma de aorta abdominal, aorta 4 cm desde tronco celiaco, diámetro máximo 8 cm, ilíacas comunes ectásicas. No se identifican signos de rotura ni hematoma retroperitoneal. Mediante abordaje humeral izquierdo se canaliza la renal izquierda, englobada en el aneurisma. Por abordajes femorales se implanta una endoprótesis bifurcada Endurant de 36 mm de diámetro sobre la que se telescopa un módulo torácico Captivia de 44 enrasando en renal derecha. La chimenea en renal izquierda se lleva a cabo desplegando Viabahn 6x50mm y stent no recubierto 6x40mm. El procedimiento se completa con el despliegue de la rama iliaca izquierda y embolización con coils del saco aneurismático. El postoperatorio transcurre sin complicaciones. A los ocho meses el TAC de control muestra permeabilidad de ambas renales, endoprótesis normoposicionada y sin endofugas.

Comentarios: El tratamiento endovascular con técnicas de chimeneas y uso de módulos torácicos permite tratamiento de aneurismas con compromiso de aorta visceral en un contexto urgente.

P7. ISQUEMIA AGUDA POR ATEROEMBOLISMO EN PA-CIENTE CON ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL

Dr Maazouzi, Dr Martín, Dr Rodríguez, Dr Arribas, Dra Doiz, Dra Craven, Dra Conejero, Dr Turrillo, Dra Evangelista, Dr Lopez, Dr Osorio, Dra Ruales, Dra García.

Hospital universitario Puerta Del Mar (Cádiz)

Introducción: La mayoría de los aneurismas de aorta abdominal (AAA) son asintomáticos. La frecuencia de isquemia aguda por embolización o trombosis del aneurisma es del 2-4 %, siendo muy variable según poblaciones, hallazgos clínicos y manifestaciones clínicas.

Caso Clínico: Paciente de 62 años, con cardiopatía isquémica estable y sin otros antecedentes de interés. Acude a urgencias por dolor y palidez brusca de isquemia aguda miembro inferior derecho (MID) compatible con isquemia aguda. A la

exploración física destaca la presencia de pulsos a todos Los niveles , Abdomen globuloso. Se le realiza ecodoppler arterial y arteriografía de aorta y MMII intraoperatoria donde se evidencia permeabilidad del eje arterial hasta tibial anterior con imagen compatible con aneurisma. Se realiza AngioTAC de abdomen donde se confirma evidencia AAA fusiforme infrarrenal de 6,6 cm con trombo irregular. Cirugía mediante resección abierta del AAA y bypass aorto-aórtico recto. En el postoperatorio inmediato tromboembolectomía transfemoral izquierda por isquemia aguda. Al alta presenta cianosis fija bien delimitada a nivel tercer a quinto dedo del lado derecho con pulsos distales conservados de forma bilateral. Seguimiento en consulta externa favorable con lesiones delimitándose.

Comentarios: Los síntomas de isquemia aguda derivados de embolización distal o trombosis del AAA no son muy frecuentes pero suponen una urgencia vascular que requiere una actuación urgente.-Debemos de sospechar la presencia de un AAA ante un cuadro de isquemia aguda de extremidades sin etiología clara, siendo imprescindible el tratamiento de éste para evitar nuevas embolizaciones y complicaciones.

P8. SÍNDROME DE ORTNER

Francisco Manresa-Manresa, Juan José Castilla-Carretero, Sergio Villar-Jiménez, Raquel Venegas-Zelaya, Francisco Tadeo Gómez-Ruiz.

Angiología y Cirugía Vascul. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: El síndrome de Ortner se describe como ronquera causada por compresión del nervio laríngeo recurrente izquierdo de origen cardiovascular. Presentamos una rara causa de este síndrome provocada por una úlcera penetrante en la aorta torácica.

Caso Clínico: Hombre de 80 años, hipertenso y ex fumador, que presenta ronquera progresiva de 3 meses de duración. Sin otros signos. La exploración otorrinolaringológica evidenció una parálisis de la cuerda vocal izquierda en posición paramediana. La angiografía computarizada (angio-TC) reveló una úlcera penetrante del arco aórtico con la formación de un pseudoaneurisma, provocando compresión del nervio laríngeo recurrente izquierdo. La lesión fue tratada mediante endoprótesis RELAY Plus (Bolton Medical) de 120 x 30 mm. Los angio-TC de control a 6 y 12 meses, mostraron ausencia de endofugas, exclusión completa de la úlcera y permeabilidad de la arteria subclavia izquierda. La ronquera desapareció por completo a los 14 meses de la intervención.

Comentarios: El síndrome de Ortner es una causa rara de parálisis recurrente izquierda por causa cardiovascular identificable. Se describen muy pocos casos de úlcera penetrante aórtica torácica presentándose con este síndrome. Otras causas de síndrome de Ortner son dilatación de la aurícula izquierda secundaria a valvulopatía mitral, aneurismas del arco aórtico, arteria subclavia aberrante, disección aórtica, hipertensión pulmonar, y persistencia del conducto arterioso. Aunque las lesiones neoplásicas o inflamatorias son la causa más común de parálisis recurrente izquierda, debemos recordar también evaluar la aorta y las estructuras vasculares mediastínicas como rara pero potencial causa de compresión del nervio recurrente izquierdo en pacientes con ronquera.

P9. ANEURISMAS VENOSOS POPLÍTEOS: A PROPÓSITO DE 2 CASOS. REVISIÓN DE LA LITERATURA

Davidson Osorio Lozano, José Fdo. López Atehortúa, El Mehdi Maazouzi, Ana Margarita Ruales, Victoria Eugenia García-Blanco, Felipe Nery Arribas Aguilar.

Hospital Universitario Puerta del Mar

Introducción: Los aneurismas venosos son infrecuentes,

aparecen mayormente en MMII en región poplítea y se asocian a TVP y trombo-embolismos pulmonares repetidos. Presentamos dos casos de aneurismas venosos poplíteos.

Caso Clínico: CASO 1: Mujer, 43 años, alergia corticoides, fumadora, dislipémica. Intervenida en 2008 en 4 ocasiones por rotura fibrilar y descompresión nerviosa poplítea derecha, con sobreinfección, desbridamientos y cierre por segunda intención. Con dolor crónico en pierna derecha que limita la deambulación. En 2013, ecografía y flebografía documentaron aneurisma venoso poplíteo bilobulado (en 1ª y 3ª porción poplíteas) de 30x20 mm y 12.6x10 mm. Durante exclusión quirúrgica aneurismática, se evidencia gran fibrosis sin pared venosa sana en 3ª PP, sin poderse realizar bypass femoropoplíteo o aneurismorrafia, lingándose proximal y distalmente el aneurisma para paliar la sintomatología de la paciente. Al alta pulsos distales y mejoría clínica importante. CASO 2: Mujer, 46 años, exfumadora, con hipercoagulabilidad anticoagulada con Sintrom. Ingresada en UCI en 2012 por tromboembolismo pulmonar bilateral. Con tumoración dolorosa en hueso poplíteo izquierdo que ecografía informa como aneurisma venoso poplíteo sacular parcialmente trombosado de 4,5x3 cm y de 2,4x1,6 cm 4 meses después. Actualmente asintomática y anticoagulada indefinidamente.

Comentarios: Los aneurismas venosos poplíteos suelen ser asintomáticos, y asociarse a tromboembolismo pulmonar repetido. La eco-Doppler es de elección para diagnóstico y la flebografía para planificación del tratamiento quirúrgico. Deben tratarse los aneurismas saculares y los fusiformes > 2cm mediante aneurismectomía tangencial y venorrafia lateral en saculares y bypass veno-venoso en fusiformes. Los fusiformes de menos de 2cm pueden ser seguidos ecográficamente. El postoperatorio incluye: compresión elástica; HBPM terapéutica durante tres semanas pasando a anticoagulación oral por tres meses.

P10. PÉRDIDA DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES POR ISQUEMIA ARTERIAL AGUDA INDUCIDA POR EL CONSUMO DE COCAÍNA Y ANFETAMINAS. UN CASO INTERESANTE

Vargas Gómez C., Scholz L., Kilic M.,Coskun S.T., Neufang A.
Horst Schmidt Klinik Wiesbaden

Introducción: El consumo de anfetaminas y cocaína es muy común entre los jóvenes de nuestra sociedad actual. Su consumo está asociado con la vasoconstricción de las arterias coronarias con el consecuente infarto de miocardio. También se atribuye a su consumo el accidente cerebrovascular, la isquemia uterina y placentaria y menos nombrada en la literatura, la isquemia de las extremidades inferiores.

Caso Clínico: Se presenta el caso de un paciente de 41 años consumidor de cocaína y anfetaminas los fines de semana con una isquemia arterial aguda de las extremidades inferiores. En el ingreso el paciente presentaba fiebre taquicardia y una situación séptica con leucocitosis y altos niveles de PCR. Las extremidades inferiores muestran una isquemia aguda avanzada con necrosis de los tejidos blandos. La piel muestra una coloración violácea, lívida y desvitalizada en ascenso desde la articulación tibioperonea con una alteración de la sensibilidad y la motilidad. En la exploración no se detectaron los pulsos periféricos y las señales de Doppler fueron consecuentemente negativas.

Resultados: Se efectuó una amputación mayor de las dos extremidades inferiores como única posibilidad de tratamiento en esta situación séptica y ante la desvitalización de los tejidos concomitantes. El paciente sobrevivió el episodio y se encuentra actualmente en una clínica de rehabilitación, en fase de protézización.

Conclusiones: En pacientes jóvenes con isquemia aguda de las extremidades debe tenerse en cuenta el consumo de drogas vasoactivas en el diagnóstico diferencial. En casos extremos la isquemia puede afectar a los tejidos blandos con su consecuente pérdida irreversible.