

DOI:10.15568/am.2015.796.sp01.cp01

I MESA DE POSTER

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

P1. RESECCIÓN QUIRÚRGICA MÁS RECONSTRUCCIÓN VASCULAR EN PACIENTES CON SARCOMAS DE MIEMBROS INFERIORES

Romero Lozano MA., Garnica Ureña M., Sanchez Ocando H., Rubio Montaña M., Gandarias Zuñiga C.
Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Objetivo: Los sarcomas de partes blandas representan menos del 1% de tumores malignos. Aproximadamente el 55% de ellos se localizan en miembros inferiores.

Material y Método: Presentamos cuatro casos tratados en nuestro hospital de 2004 a 2014.

Resultados: Caso 1: Varón 79 años con fibrohistiocoma maligno pleomórfico de 13 cm en muslo izquierdo. Se realiza resección tumoral que engloba arteria femoral superficial izquierda, por lo que se realiza bypass fémoro-poplíteo con vena safena interna invertida contralateral. Posterior tratamiento quimiorradioterápico, encontrándose libre de enfermedad a los 8 años de la cirugía. Caso 2: Varón 73 años con antecedentes de leiomiomas en muslo derecho tratado en otro centro, remitido por recidiva local de 12 cm sobre conducto aductor, afectando paquete vascular. Se realiza resección tumoral amplia, radioterapia intraoperatoria y bypass fémoro-poplíteo con prótesis. Tras dos años, no presenta recidivas. Caso 3: Varón 71 años con angiosarcoma óseo en tercio medial de fémur y proximal de tibia izquierda con trombosis crónica de arteria poplíteo. Se realiza resección tumoral con implante de prótesis ósea, seguido de bypass poplíteo-tibial anterior izquierdo con prótesis. Caso 4: Mujer 74 años con mixofibrosarcoma inguinal derecho que rodea vasos ilíacos y femorales. Se realiza resección tumoral, bypass arterial y venoso ilíaco externa-femoral superficial derechas y radioterapia intraoperatoria. La paciente se encuentra en cuarto mes postoperatorio con permeabilidad de bypass arterial.

Conclusiones: Esta patología precisa conducta quirúrgica agresiva ya que se describen hasta un 65% de recidivas en tratamiento no agresivo. La reconstrucción vascular permite preservar la extremidad afectada.

E-mail: mromero.3@alumni.unav.es

P2. CRECIMIENTO DE AAA TRATADO MEDIANTE ENDOPROTESIS: FUGA VS. ENDOTENSIÓN

Romero Lozano MA., Duque Santos A., Miguel Morrondo A., Ocaña Guaita J., Gandarias Zuñiga C.
Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Introducción: Las endofugas representan entre 20-25% de las complicaciones del tratamiento con EVAR.

Caso clínico: Varón 84 años hipertenso, cardiopatía isquémica, tratado hace 9 años de AAA infrarrenal de 60 mm diámetro mediante endoprótesis aorto-unilíaca derecha y bypass fémoro-femoral, previa embolización de arteria hipogástrica izquierda. Seguimiento inicial sin evidencia de endofuga en pruebas de imagen.

Material y Método: Tras 8 años, acude a urgencias por dolor lumbar persistente. En AngioTAC se observa saco aneurismático de 90 mm diámetro con endofuga tipo IA, se realiza tratamiento endovascular urgente mediante colocación de cuff aórtico proximal, enrasado en arterias renales. En TAC de control al mes, aneurisma de 100 mm sin claro origen de fuga. Realizamos arteriografía ante sospecha de endofuga tipo II, apreciándose reentrada por rama circunfleja de ilíaca derecha, se realiza embolización de la misma. En nuevo TAC observamos persistencia de saco de 100 mm, de contenido heterogéneo, con fuga de origen indeterminado. Según hallazgos radiológicos y fallo de técnicas endovasculares previas, se decide tratamiento quirúrgico abierto. Mediante laparotomía infraumbilical, accedemos a saco aneurismático, observándose sangrado en jet por 4 puntos de ruptura de endoprótesis. Se decide colocación de endoprótesis aorto-unilíaca derecha en el interior de la previa, con banding en ilíaca derecha y cierre de saco aneurismático.

Comentarios: Las endofugas tipo 3 son causadas por defectos en la fabricación de las endoprótesis, pudiendo presentarse como agujeros o desconexión entre los módulos que la componen. Estas endofugas requieren tratamiento urgente debido al riesgo de crecimiento y ruptura aneurismática. Se ha descrito tratamiento endovascular o cirugía abierta para repararlas.

E-mail: mromero.3@alumni.unav.es

P3. COMPLICACIONES VASCULARES SECUNDARIAS A TUMORES MUSCULOESQUELÉTICOS EN MIEMBROS INFERIORES

Ruales Romero AM, Doiz Artazcoz E, Martín Cañuelo J, Osorio Lozano D, Rodríguez Piñero M.
UGC Angiología y Cirugía Vascul, Hospital Puerta del Mar. Cádiz.

Objetivo: Estudiar la invasión vascular por parte de neoplasias musculoesqueléticas, es poco frecuente. Investigar las complicaciones potenciales; pseudoaneurismas (PSA) o clínica secundaria a compresión, varía según la localización y vaso afectado por el tumor.

Material y Método: Presentamos dos casos clínicos de complicaciones vasculares causadas por tumores musculoesqueléticos en la extremidad inferior.

Resultados: Varón de 18 años sin antecedentes, acude por edema, parestias y hematoma en cara posterior de la pierna derecha, ausencia de pulsos distales. Ecodoppler objetiva PSA en fosa poplitea. AngioTC confirma PSA de 7.8 cm de diámetro máximo complicado y osteocondroma en cara posterior tibia proximal. Resección quirúrgica de PSA, cierre de defecto arterial con parche de VSA y exéresis de fragmento óseo. Alta con pulsos distales y menos edema. Mujer 28 años con antecedentes personales de panhipopituitarismo, obesidad mórbida y trombosis venosa profunda de repetición. Consulta por edema, inflamación y ausencia de pulsos distales pierna izquierda. Ecodoppler sospecha de PSA poplíteo y compresión vasculonerviosa. AngioTC muestra PSA y masa que ocupa cara posterior muslo. En cirugía hallazgo de masa gigante e invasión arterial, reparación mediante bypass de 1-2 pp. AP fibroadenoma desmoides. Al alta flujo distal, tratamiento oncológico.

Conclusiones: Los osteocondromas son tumores generalmente benignos que pueden producir pseudoaneurismas en las arterias vecinas debido a sus exostosis. Los fibroadenomas, se pueden comportar de forma localmente agresiva, invadiendo estructuras como en este caso los vasos sanguíneos. Es importante el adecuado estudio radiológico de este tipo de tumores, e intentar reparar los vasos sanguíneos para evitar complicaciones como la amputación del miembro afectado.

E-mail: anaruales@gmail.com

P4. IMPLANTE STENT BIGRAF EN FÍSTULA ARTERIOVENOSA SUBCLAVIOYUGULAR DERECHA SECUNDARIA A CATETERIZACIÓN PARA ACCESO DE HEMODIÁLISIS

Ruales Romero, AM., Osorio Lozano, D., Maazouzi, M., Arribas Aguilar, F., Rodríguez Piñero, M.
UGC Angiología y Cirugía Vasculosa Hospital Puerta del Mar, Cádiz

Introducción: Las fístulas arteriovenosas subclavioyugulares son infrecuentes, siendo causadas de forma iatrogénica tras intento de cateterización. La gran mayoría presentan una evolución benigna, con cierre espontáneo. Dependiendo del tamaño de la fístula, potencialmente pueden ocasionar cambios crónicos en el vaso afectado y complicaciones serias.

Caso clínico: Se trata de un paciente de 62 años con antecedentes personales de Diabetes Mellitus tipo 2 y Macroglubulinemia de Waldeström, quien ingresa a cargo del servicio de Nefrología por insuficiencia renal aguda, precisando hemodiálisis. Se coloca catéter yugular derecho permanente, que al no funcionar se decide retirar ocasionando sangrado abundante (sospecha de lesión arterial).

Material y Método: Estudio del paciente mediante exploración física inicial en la que se objetiva frémito y soplo en la fosa supracalvicular derecha. En ecodoppler se observa comunicación entre vena yugular derecha y arteria subclavia derecha, lo cual se confirma en angioTC. Se realiza inicialmente compresión ecoguiada, con disminución del soplo y ausencia del frémito. En los seguimientos ecográficos se observa persistencia de la fístula. Se programa paciente para colocación de stent bigraf recubierto en arteria subclavia derecha para sellar el defecto. El procedimiento es exitoso, logrando cerrar la comunicación arteriovenosa.

Comentarios: Este tipo de lesiones, cierran espontáneamente en su mayoría, por lo que el tratamiento inicial puede ser expectante con seguimiento ecográfico. Se puede intentar compresión guiada con ecodoppler, en este caso técnicamente dificultoso por la localización anatómica. Si la fístula continúa permeable, el tratamiento endovascular con stent recubierto es una muy buena opción.

E-mail: anaruales@gmail.com

P5. ANEURISMA DE ARTERIA CARÓTIDA INTERNA: PATOLOGÍA INFRECUENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Lozano Ruiz, C.; Cosín Sales, O.; Jiménez Palmer, R; Fernández Catalán, C.; Landaluce Chaves, M.

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Servicio de Angiología y Cirugía Vasculosa

Introducción: El aneurisma de arteria carótida es una patología rara con una incidencia entre el 0,1% y 3,7%. Muchos casos permanecen asintomáticos hasta que aparecen síntomas neurológicos isquémicos, por lo que resulta de gran importancia su detección y tratamiento precoz. La etiología más frecuente es la aterosclerótica y le siguen en frecuencia los traumáticos y los de causa infecciosa.

Caso clínico: Mujer de 62 años con HTA y obesidad como antecedentes personales que es remitida por Otorrinolaringología a nuestra consulta por masa pulsátil en región latero-cervical derecha como única sintomatología. Se realiza angioTAC de troncos supraaórticos hallándose aneurisma de arteria carótida interna derecha en su porción extracraneal de 25mm de diámetro máximo con trombo mural. Se completa el estudio de extensión sin encontrarse aneurismas a otros niveles ni infartos cerebrales silentes. Dado el tamaño del aneurisma y el riesgo de accidente cerebrovascular por embolización se decide realizar resección del aneurisma con sutura directa mediante anastomosis término-terminal. Los cultivos de la pieza quirúrgica fueron negativos. No se objetivaron eventos neurológicos de interés en el postoperatorio inmediato y la evolución posterior cursó sin complicaciones. La paciente es sometida a controles anuales mediante ECO Doppler de TSA.

Material y Método:

Comentarios: Esta patología representa un riesgo inherente por la alta posibilidad de eventos neurológicos que se pueden desencadenar, y además, supone un reto para el cirujano vascular por lo infrecuente de su presentación. Actualmente, y en la era de la terapéutica endovascular, la técnica de elección para tratamiento de esta patología continúa siendo la cirugía convencional.

E-mail: cristinalozanoruiz@hotmail.com

P6. FRACASO RENAL AGUDO POR OCLUSIÓN DE STENTS RENALES DE ENDOPRÓTESIS MULTIRRAMA

Alejandra Bravo Molina, José Enrique Mata Campos, Manuel Sánchez Maestre, Moisés Galán Zafra, Francisco Javier Martínez Gámez.

Complejo Hospitalario de Jaén

Introducción: Las endoprótesis fenestradas y multirrama, en el contexto de un cuello subóptimo, emplean el segmento visceral para la fijación y sellado. Esta técnica requiere la implantación de stents viscerales, lo cual puede producir complicaciones específicas.

Caso clínico: Varón de 69 años con antecedentes de hipertensión arterial y exfumador, diagnosticado de aneurisma toraco-abdominal inflamatorio tipo IV de 8cm tras comenzar con dolor en fosa iliaca izquierda. Se interviene mediante endoprótesis multirrama (4 ramas) sin complicaciones perioperatorias. Posteriormente comienza a desarrollar enfermedad renal secundaria a uropatía obstructiva de origen ureteral debido a la fibrosis retroperitoneal. 2 años tras la cirugía acude a urgencias por dolor agudo en fosa iliaca izquierda, con anuria de 24 horas y creatinina en 5mg/dl. Inicialmente se sospecha una obstrucción aguda y se coloca un catéter doble J, sin obtener orina, tras lo cual se realiza un angioTAC visualizando obstrucción de ambos stents renales. Se consigue repermeabilizar el stent izquierdo (no así el derecho, por posible plicatura), realizando fibrinolisis y colocando nuevo stent recubierto distal a previo por vía humeral izquierda. Tras 12 días de hemodiálisis transitoria, se estabiliza la función renal con crea-

tinina inferior a 2mg/dl. A los 3 meses presenta un nuevo fracaso renal agudo, con estenosis crítica de renal izquierda en angioTAC, que vuelve a repermeabilizarse y se implanta stent recubierto proximal con protusión en aorta.

Comentarios: Tras introducción de endoprótesis más complejas, asistimos a la aparición de nuevas complicaciones, como la estenosis u oclusión de los stents viscerales, que requieren un alto nivel de sospecha.

E-mail: alejandritabravo@gmail.com

P7. TRATAMIENTO COMBINADO VASCULAR Y TORÁCICO EN PACIENTE CON COARTACIÓN AÓRTICA Y HEMOPTISIS AMENAZANTE

D. Andrades Sardña, F. Manresa Manresa, M. A. Canalejo Raya, R. M. Barroso Peñalver, F. T. Gómez Ruiz.
Hospital Universitario Virgen del Rocío

Introducción: La Coartación Aórtica es una entidad infrecuente en el adulto, con una esperanza media de vida de 35 años sin tratamiento, por las complicaciones derivadas de la HTA y sus efectos cardiovasculares. Presentamos el caso de una paciente sometida a Bypass y posterior cirugía endovascular por evolución insatisfactoria.

Caso clínico: Mujer de 54 años con antecedentes de tabaquismo, alergia a contrastes yodados, Enf de Crohn y coartación aórtica intervenida mediante Bypass aorticosubclavio en 2011.

Material y Método: Acude a Urgencias en Abril de 2014 por hemoptisis masiva, controlándose con tratamiento médico. Nuevo episodio posterior con gran deterioro de EG precisando ingreso en UCI, detectándose mediante AngioTC fistula del Bypass a nivel de la anastomosis de la aorta torácica descendente y bronquio de LSI, y estenosis del 60% en origen de subclavia izquierda. Se interviene mediante Angioplastia percutánea con colocación de Stent endoaórtico en el recorrido de la coartación y cierre de Bypass. En el postoperatorio presenta TEP múltiples y TVP de subclavia derecha con nuevo episodio de hemoptisis masiva y reingreso en UCI. Es reintervenida mediante toracotomía con liberación de adherencias de prótesis a cara posterior de pulmón izquierdo, sobre el que ocasiona lesión por decúbito, segmentectomía 6 y sutura de dehiscencia de anastomosis distal de Bypass. Buena evolución posterior, siendo alta al 8º día.

Comentarios: El tratamiento endovascular de coartación aórtica en el adulto es una alternativa mínimamente invasiva a la cirugía abierta, segura y efectiva, en aquellos pacientes en los que esta no es posible, está contraindicada o en caso de recidiva o complicaciones postoperatorias.

E-mail: daniel.andrades.sardina@gmail.com

P8. ANEURISMA VERDADERO DE LA ARTERIA HUMERAL TRAS LA LIGADURA DE FISTULA ARTERIOVENOSA PARA HEMODIÁLISIS

Jiménez Palmer, R.; Cosín Sales, O.; Lozano Ruiz, C.; Cambronero Aroca, M.; Landaluce Chaves, M.
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Introducción: La degeneración aneurismática de la arteria donante tras la ligadura de un acceso vascular para hemodialisis es una complicación que se produce como mecanismo adaptativo de la arteria al incremento de flujo permanente.

Caso clínico: Varón de 34 años, con antecedentes de

trasplante renal y ligadura de dos fistulas arteriovenosas previas, presentó cuatro años antes episodio de embolización distal en brazo izquierdo secundario a aneurismas de arteria humeral, tratado con anticoagulación. El paciente es remitido para valoración terapéutica de dos aneurismas humerales en miembro superior izquierdo que presentan crecimiento progresivo y parestesias a nivel de los tres primeros dedos de la mano. A la exploración física presenta todos los pulsos, excepto el pulso radial. En el eco-Doppler se observaron dos dilataciones aneurismáticas en la arteria humeral de 37 y 40 mm, con trombo intraluminal. Trombosis de arteria radial y permeabilidad de arteria cubital e interósea. Dado el tamaño y sintomatología de los aneurismas, se realiza su exclusión y revascularización mediante interposición de injerto protésico. La evolución postoperatoria fue favorable, en el ecodoppler de seguimiento presentaba permeabilidad del injerto y de las arterias cubital e interósea.

Material y Método: A propósito de un caso.

Comentarios: El aneurisma verdadero de la arteria donante tras la ligadura de un acceso para hemodiálisis es una complicación casi anecdótica, por lo que se desconoce la historia natural. El manejo se extrapola al de los aneurismas poplíteos. Recientemente, según la literatura publicada, se ha observado que en pacientes trasplantados el tratamiento inmunosupresor podría tener un efecto de aceleración en la degeneración aneurismática.

E-mail: sarjijimenezpalmer85@gmail.com

P9. PSEUDOANEURISMA IATROGÉNICO DE LA ARTERIA AXILAR TRAS ARTROSCOPIA DE HOMBRO

Jiménez Palmer, R.; Cosín Sales, O.; Lozano Ruiz, C.; Cambronero Aroca, M.; Landaluce Chaves, M.
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Introducción: Los pseudoaneurismas de la arteria axilar son una complicación rara que se suele asociar a traumatismo previo o luxación de la articulación glenohumeral. Todavía menos frecuentes son los iatrogénicos.

Caso clínico: Mujer de 68 años a la que se le realiza una artroscopia tras traumatismo en hombro derecho, acude a la consulta el primer mes de seguimiento con disminución de motilidad, parestesias y dolor de diez días de evolución. Ante la sospecha de afectación vascular, se realiza angiotac que confirma gran pseudoaneurisma de arteria axilar con gran colateralidad y contusión de arteria humeral, por lo que es remitida para valoración. A la exploración física presenta masa pulsátil axilar, con edema del miembro y pulso axilar presente con ausencia del resto. Disminución de motilidad digital e imposibilidad de flexoextensión del codo y muñeca. De forma urgente, se realiza embolización del pseudoaneurisma, para evitar complicaciones quirúrgicas. En el mismo acto quirúrgico se libera la compresión nerviosa junto con revascularización mediante bypass axilohumeral de injerto venoso. Tras la cirugía presenta recuperación de pulsos y mantiene déficit motor y sensitivo.

Material y Método: A propósito de un caso.

Comentarios: Las lesiones vasculares asociadas a procedimientos terapéuticos de la articulación glenohumeral pueden conllevar complicaciones potencialmente graves por lo que requieren un diagnóstico y tratamiento precoz. La clínica derivada de la lesión vascular puede ser larvada, desde un pequeña masa pulsátil hasta déficit neurológico progresivo secundario al efecto masa del pseudoaneurisma en crecimiento. La afectación del plexo braquial posee mal pronóstico y suele perpetuar secuelas funcionales pese a la descompresión quirúrgica.

E-mail: sarjijimenezpalmer85@gmail.com