

## I MESA DE COMUNICACIONES ORALES

Viernes, 25 de noviembre. 08.30 h.

### C1. ¿AUMENTA NUESTRA ESTANCIA MEDIA HOSPITALARIA POR LA HTA NO CONTROLADA?

García López, M.<sup>1</sup>; Losada Mora, P.<sup>2</sup>; Garrido Castro, A.M.<sup>3</sup>; Carrillo Linares, J.L.<sup>3</sup>

Hospital Virgen de la Victoria, Málaga. <sup>1</sup>Cirugía Vascul y Angiología. <sup>2</sup>Cardiología. <sup>3</sup>Medicina Interna.

**Objetivo:** Analizar si la EM de los pacientes hipertensos conocidos ingresados en CV difiere de la EM de los no hipertensos.

**Material y Método:** análisis descriptivo de pacientes ingresados en CV que sufrieron alguna descompensación médica que precisó avisar a Medicina Interna o Cardiología. Se calculó la EM de dos grupos: pacientes con y sin HTA conocida.

**Resultados:** Desde 03/2011 a 03/2015 se realizan 198 interconsultas desde CV a un equipo de Medicina Interna y Cardiología. La EM fue de 20,2 días. 159 (80,3%) eran HTA conocidos. La EM de este subgrupo fue de 21,4 días. La EM del grupo de pacientes descompensados no hipertensos fue de 15,5 días. Documentación Clínica aportó la EM de todos los pacientes de CV durante ese periodo (incluidos los 198 valorados); correspondía a 12,1. Esto probablemente se explica dado que los profesionales de la Unidad de CV no realizan interconsultas en pacientes sin patologías médicas descompensadas o con posibilidad de descompensarse. Sin embargo, la EM en los tres años previos a la participación del equipo es de 13,8, 16 y 13,3.

**Conclusiones:** Aunque deben considerarse otras variables, la EM de CV disminuye desde que los pacientes descompensados reciben valoración y seguimiento por un equipo médico específico. 4/5 ingresados en CV presentan antecedentes de HTA. Su EM es muy superior a la de los no hipertensos. Ambos subgrupos presentan una EM superior a la global pero es más llamativo en los hipertensos. Los datos parecen apuntar a una relación entre los antecedentes de HTA y un aumento de la EM.

E-mail: alfonsomgc@hotmail.com

### C2. ANEMIA EN CIRUGÍA VASCULAR. FACTOR PREDICTOR DE MUERTE Y EVENTOS CARDIOVASCULARES

Esteban, C.<sup>1</sup>; Salmerón, L.<sup>2</sup>; Escudero, J.<sup>3</sup>; Clarà, A.<sup>4</sup>; Fernández, A.<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona. <sup>2</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Granada. <sup>3</sup>Hospital de San Pablo. <sup>4</sup>Hospital del Mar. Barcelona. <sup>5</sup>Hospital La Paz. Madrid

**Objetivo:** evaluar la relación de los niveles de hemoglobina (Hb) preoperatoria con la aparición de eventos cardiovasculares y/o muerte, en el postoperatorio y a un año, en pacientes sometidos a cirugía vascular electiva.

**Material y Método:** estudio observacional, retrospectivo, transversal y multicéntrico. Se incluyen pacientes intervenidos por aneurismas aortoiliacos o periféricos, revascularización de extremidades inferiores y amputaciones durante febrero y marzo de 2014 en 12 unidades de cirugía vascular. Analizamos factores de riesgo habituales y Hb preoperatoria. Con un seguimiento mínimo de un año se registró mortalidad, eventos cardiovasculares mayores (ECV) y cifras de Hb. El análisis descriptivo de los datos se hizo en función del tipo de variable. El análisis de supervivencia mediante estimadores de Kaplan-Meier y test de log-rank. Análisis multivariante mediante regresión logística para evaluar factores que pu-dieran influir en la mortalidad.

**Resultados:** 518 pacientes completaron el seguimiento (medio 14,5 meses). La prevalencia de anemia preoperatoria fue 53,4% y al año del 64,7%. Mortalidad 21,4%. Tasa ECV 34,2%. La Hb preoperatoria  $\geq 10$  gr/dl implicó mayor mortalidad a 30 días (96,4% vs 90,5%) y a 12 meses (86,2% vs 78,6%). Los pacientes con Hb  $\geq 10$  gr/dl sufrieron más amputaciones (31,2% vs 8,0% p<0,0001). Multivariante: por cada unidad de Hb preoperatoria aumentada la probabilidad de muerte es 0,81 veces menor.

**Conclusiones:** La prevalencia de anemia preoperatoria es elevada y es superior tras un año de la cirugía. La Hb $\geq 10$  se asocia especialmente a las amputaciones. La Hb preoperatoria influye de forma independiente en la mortalidad de forma gradual.

E-mail: carlosestebangracia@gmail.com

### C3. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE PSEUDOANEURISMAS TARDÍOS DE AORTA TORÁCICA TRAS REPARACIÓN QUIRÚRGICA DE COARTACIONES DE AORTA

Cobo Picón, L.; Duque Santos, A.; Reyes Valdivia, A.; Osorio Ruíz, A.; Gandarias Zúñiga, C.

Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid

**Objetivo:** Los pseudoaneurismas tardíos tras reparación quirúrgica de coartaciones aórticas se desarrollan entre un 5% y 12% de pacientes. La reparación quirúrgica secundaria abierta conlleva una tasa de mortalidad intrahospitalaria de aproximadamente 14%, elevada morbilidad: lesión nerviosa recurrente laríngeo 20% y nervio frénico 5%.

**Material y Método:** Caso1: Varón 45 años hipertenso, intervenido de aortoplastia por CA en la infancia. Consulta por tos y disnea de esfuerzo. Caso 2: Varón 38 años, hipertenso y CA, intervenido de 3 aortoplastias, y posterior angioplastia percutánea. Caso1: Angio-TC muestra pseudoaneurisma en aorta torácica desde el origen de la Arteria subclavia izquierda de 78mm de diámetro. Se decide tratamiento híbrido: bypass carótido-carotídeo-subclavio izquierdo más endoprótesis MedtronicValiant®, enrasada a la arteria carótida izquierda y amplatzer en subclavia izquierda. Caso2: Angio-TC muestra pseudoaneurisma de aorta torácica post-coartación con diámetro 45mm. Se decide tratamiento híbrido: bypass carótido-carotídeo-subclavio izquierdo, seguido de endoprótesis CP®, enrasada al tronco braquiocefálico.

**Resultados:** Caso 1: Postoperatorio presentó dolor torácico. Angio-TC evidencia fuga tipo IIIa e infarto pulmonar (oclusión de colaterales bronquiales). Se implanta nueva endoprótesis Valiant. Control 3 meses después objetiva exclusión aneurismática. Caso 2: Postoperatorio satisfactorio. A los 3 meses se observa aneurisma excluido y bypass permeables.

**Conclusiones:** Los pseudoaneurismas tras reparación quirúrgica por coartación aparecen en la zona intervenida con extensión proximal. Difiere de los aneurismas degenerativos en las características morfológicas del arco aórtico, por tratarse de pacientes jóvenes. El tratamiento endovascular, representa una opción terapéutica válida debido a su menor morbi-mortalidad, siendo necesario individualizar cada caso.

E-mail: lacobopic@gmail.com

#### C4. EXTENSIÓN DE LA COBERTURA AÓRTICA EN EL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LAS DISECCIONES AÓRTICAS TIPO B

Herrera Mingorance, J.D.; Ros Vidal, R.; Lozano Alonso, S.; Ros Die, E.; Salmerón Febres, L. M.

UGC de Angiología y Cirugía Vascular. Complejo Hospitalario de Granada.

**Objetivo:** Determinar las diferencias clínicas y de remodelado aórtico según la amplitud de cobertura aórtica realizada en el tratamiento endovascular de las disecciones tipo B de Stanford.

**Material y Método:** Estudio analítico retrospectivo sobre 68 pacientes (8 mujeres, 11.6%) con una edad media de 61.1±11.1 años, intervenidos de manera endovascular entre los años 2003-2016 por disección aórtica aguda/subaguda (DAA, n=45) o crónica (DAC, n=23). Se recogen variables demográficas y patologías concomitantes, procedimiento realizado, complicaciones, morbimortalidad y remodelado aórtico durante el seguimiento. Se divide la muestra en aquellos con sellado exclusivo de la puerta de entrada de la disección en aorta torácica (grupo 1, G1, 22 DAA, 23 DAC) y aquellos con un sellado más extenso (grupo 2, G2, 12 DAA, 11 DAC). Se comparan G1 y G2 en DAA y DAC por separado.

**Resultados:** El seguimiento para las DAA fue de 34.6±43.3 meses. Se encontraron diferencias en la creatinina basal (G1:1.12±0.37, G2:1.54±0.73, p=0.02), el uso de contraste (G1:183.3±107.8cc, G2:283.4±111.6cc, p=0.03), la paraplejia (G1:9.8%, G2:0%, p=0.06) e isquemia aguda (G1:18.2%, G2:0%, p=0.03) postoperatorias, el fracaso renal agudo (G1:22.5%, G2:55.9%, p=0.02) y el ingreso prolongado (G1:17.7±11.5 días, G2:11.3±5.3 días, p=0.03). No hubo diferencias en la morbimortalidad y reintervenciones. El remodelado aórtico fue mayor en el G2, especialmente en aquellos con stent transvisceral (n=11) y en las DAA comparadas con las DAC. La degeneración aneurismática fue menor en G2 (G1:18.2%, G2:4.3%, p=0.06).

**Conclusiones:** Según nuestra serie la cobertura aórtica amplia en las DAA se asocia a un mejor remodelado aórtico con menor riesgo de isquemia medular y de miembros inferiores, así como de degeneración aneurismática durante el seguimiento, sin diferencias en cuanto a la morbimortalidad.

E-mail: damianherrer@gmail.com

#### C5. ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL ROTO: ¿EVAR BIFURCADO O AORTO-MONOILIACO?

Herrera Mingorance, J.D.; Linares Palomino, J.P.; Hebberecht López, M.; Cuenca Manteca, J.B.; Salmerón Febres, L. M.

UGC de Angiología y Cirugía Vascular. Complejo Hospitalario de Granada.

**Objetivo:** Comparar la morbimortalidad y necesidad de reintervención durante el seguimiento de pacientes intervenidos de

aneurisma de aorta abdominal roto (AAAr) mediante colocación de endoprótesis bifurcada o aorto-monoiliaca.

**Material y Método:** Evaluación retrospectiva de 75 pacientes con AAAr tratados mediante EVAR aortomonoiliaco (G1:55 pacientes) o bifurcado (G2:20 pacientes) entre los años 2008-2015. Se excluyeron aquellos con aneurismas toracoabdominales, supra y yuxtarenales y los intervenidos mediante cirugía aórtica abierta. Se recogieron datos demográficos, comorbilidades, morfología del aneurisma, shock al ingreso (TAS<80mmHg y/o síncope), variables intraoperatorias, tiempos de estancia, éxito técnico, necesidad de reintervención, detección de endofugas y muerte. Se analizaron los datos empleando el paquete estadístico spss.

**Resultados:** 75 pacientes (3 mujeres, 3.9%) con edad media de 75.8±8.6 años y seguimiento de 28.5 (1-120) meses. Se observaron diferencias en la edad (G1:76.9±8.2 años, G2:72.6±9.4 años, p=0.05), el shock al ingreso (G1:51.9%, G2:15%, p<0.01), diámetro máximo del aneurisma (G1:78.3±18.4mm, G2: 66.9±20.4mm, p=0.03), la mortalidad intrahospitalaria (G1:45.5%, G2:20%, p<0.04), así como la necesidad de reintervención durante el seguimiento (G1:28.8%, G2:12.5%, p=0.08). La presencia de shock al ingreso, Sdr compartimental y Hb<8 g/dL fueron predictores independientes de mortalidad en el análisis multivariante. Analizando sólo a pacientes sin shock al ingreso (G1:n=26, G2:n=17), no existieron diferencias en cuanto a la mortalidad, persistiendo la diferencia en cuanto a reintervenciones (G1:30.8%, G2:15.5%, p=0.08).

**Conclusiones:** Según nuestra serie, el uso de endoprótesis bifurcadas en pacientes con AAAr hemodinámicamente estables no implica mayor mortalidad, tiempo quirúrgico o necesidad de hemoderivados durante la cirugía, con menor índice de reintervenciones durante el seguimiento.

E-mail: damianherrer@gmail.com

#### C6. DISPOSITIVO AMPLATZER COMO RECURSO PARA LA OCLUSIÓN VASCULAR EN DISTINTAS PATOLOGÍAS

Robles Martín, M.L.; Moreno Reina, A.; Castillo Martínez, E.M.; Núñez de Arenas Baeza, G.; García León, A.

H. U. Virgen de Valme (AGS Sur de Sevilla)

**Objetivo:** Los Amplatzer (AVP) pueden ser una buena alternativa frente a otros materiales de embolización. Son repositionables, consiguiendo la oclusión permanente del vaso tratado, minimizando el riesgo de migración. Analizamos nuestra experiencia, valorando su eficacia y seguridad en distintas aplicaciones.

**Material y Método:** Revisamos retrospectivamente nueve casos (2007 – 2016). Se aplicaron como ocluidor vascular en diferentes localizaciones: prevención de endofuga en arteria hipogástrica; vena hipogástrica insuficiente en síndrome de congestión pélvica; dos casos de endoprótesis aórtica monoiliaca ocluyendo AIC contralateral; cierre de FAV renal en paciente con nefrectomía previa; insertado en degeneración aneurismática de bypass protésico extraanatómico desde Aorta ascendente hasta femorales; en A. subclavia izquierda previo a reparación de endofuga tipo III de prótesis torácica; para ocluir muñón aórtico aneurismático en paciente con trombosis aórtica secundaria a enfermedad reumática; por último se empleó en lo que parecía un pseudoaneurisma de la arcada pancreático duodenal en paciente con múltiples cirugías oncológicas abdominales. El seguimiento fue por AngioTC.

**Resultados:** En el 77 % de los casos realizamos un único procedimiento con la inserción de un solo AVP consiguiendo la oclusión del vaso tratado. En el caso del muñón aórtico fue necesario un segundo procedimiento al año, colocando un nuevo AVP junto a coils por crecimiento. En el último caso, seguía manteniendo flujo presentando una imagen compatible con recidiva neoplásica.

**Conclusiones:** Este dispositivo ha conseguido, en la mayoría de los casos, una oclusión efectiva. Su uso puede reducir la necesidad de otros materiales asociados, siendo eficiente. Gracias a las mejoras en su diseño son un recurso a considerar en diferentes indicaciones.

**E-mail:** marisaroma2@gmail.com

#### **C7. EL SÍNDROME DE LERICHE EN EL PACIENTE JOVEN. CIRUGÍA ABIERTA VS TRATAMIENTO ENDOVASCULAR. NUESTRA EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS**

Maazouzi, E.M.; Doiz Artázcoz, E.; Ruales Romero, A.; García Blanco, V.; Rodríguez Piñero, M.  
*HUPM CADIZ*

**Objetivo:** El síndrome de Leriche se define por la ausencia de pulsos femorales, claudicación y disfunción eréctil. Afecta a varones ateroscleróticos entre 60 y 75. Presentamos una revisión de los casos tratados en pacientes jóvenes en nuestro servicio en los últimos 15 años.

**Material y Método:** Se incluyeron 59 pacientes, todos ellos fumadores.

**Resultados:** Factores de riesgo: dislipemia (37,2%), HTA (30,5%), DM (22,03%). El 27% presentan componente aneigéptico. El motivo de ingreso más frecuente es claudicación invalidante y dolor de reposo. Exploraciones complementarias: arteriografía y angiografía. Se intervinieron 51 pacientes: 36 Bypass aorto-bifemoral, 8 extraanatómico y 7 endovascular. Tasa de permeabilidad al año y a los 5 años: Bypass aorto-bifemoral, 77,7% y 74% frente endovascular 85,71% y 42,85%. Tasa de amputación mayor varía según la edad. Entre 30-40 años, 50% (100% en los aneigépticos). Entre 40-50 años, 33,3% de amputación mayor (75% en los aneigépticos) y entre 50-60 años, 11% (11% en los aneigépticos).

**Conclusiones:** – La elección de la técnica quirúrgica se realiza en función del tipo de lesión y comorbilidad del paciente. – Las tasas de permeabilidad y de amputación son peores en pacientes aneigépticos. – Nuestros resultados son similares a los publicados en la literatura.

**E-mail:** maazouzim@hotmail.fr

#### **C8. ENDOPRÓTESIS ILIACA RAMIFICADA. UNA ESTRATEGIA DE PRESERVACIÓN DE LA ARTERIA HIPOGÁSTRICA**

Hebberecht López, M.; Lozano Alonso, S.; Cuenca Manteca, J.B.; Ros Vidal, R.; Salmerón Febres, L. M.  
*Complejo Hospitalario de Granada*

**Objetivo:** Describir los resultados obtenidos en nuestro centro con la utilización de endoprótesis ilíacas ramificadas en el tratamiento de aneurismas aorto-iliacos que se extienden más allá de la bifurcación con el fin de preservar la arteria hipogástrica.

**Material y Método:** Estudio retrospectivo en el que se incluyeron 12 pacientes con patología aneurismática del sector aorto-iliaco intervenidos entre Marzo de 2013 y Septiembre de 2016. Se realizó un seguimiento clínico, ecográfico y con TAC con contraste al 1,6,12 y 24 meses. Las variables estudiadas incluyeron el éxito técnico, la permeabilidad, complicaciones agudas y tardías, endofugas, tasa de reintervención y mortalidad.

**Resultados:** Se implantaron 12 endoprótesis ilíacas ramificadas en 12 pacientes y en 5 de ellos además se embolizó la arteria hipogástrica contralateral. Todos ellos eran varones con una edad media de 68,5 +/-4,3 años. En 11 casos se asoció una endoprótesis aórtica bifurcada. Se obtuvo un éxito técnico de un 91,7%. El seguimiento medio fue de 13 meses. La tasa de complicaciones fue de un 25%, 1 trombosis intraoperatoria del dispositivo, y 2 pacientes

con endofuga que se detectó en el seguimiento. La permeabilidad a los 12 meses fue de un 91,7% sin mortalidad ni eventos isquémicos.

**Conclusiones:** Las endoprótesis ilíacas ramificadas son una opción de tratamiento endovascular que permite la exclusión de aneurismas aortoiliacos preservando la arteria hipogástrica, evitando complicaciones especialmente en pacientes que precisan embolización bilateral, con resultados satisfactorios a corto y medio plazo.

**E-mail:** marina.vascular@gmail.com

#### **C9. TIPOLOGÍA DE LESIONES CAROTÍDEAS Y SU IMPACTO SOBRE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA**

Aragón Ropero, P.P.; Manresa Manresa, F.; Villar Jiménez, S.; Bataller de Juan, E.; Gómez Ruiz, F.T.  
*Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.*

**Objetivo:** Evaluar una clasificación topográfica y morfológica de lesión carotídea en pacientes sometidos a endarterectomía carotídea subintimal por patología oclusiva.

**Material y Método:** Análisis retrospectivo de 82 pacientes intervenidos por endarterectomía carotídea subintimal. Atendiendo a los hallazgos con Ecodoppler y AngioTAC de TSA, se definen, en función de la topografía de la lesión, tres segmentos. I: afectación de bulbo, carótida interna y externa. II: afectación de bulbo y carótida interna. III: sólo afecta carótida interna. En relación con la extensión de la lesión, establecemos dos tipos. A: lesiones menor de 1 cm de longitud. B: mayor de 1 cm. Por la morfología de la placa se establecen tres categorías. 1: homogénea, lisa, regular en superficie. 2: mixta en composición y superficie, ecogenicidad media. 3: hipoecóica, irregular en superficie, heterogénea en composición. Se realiza técnica quirúrgica de endarterectomía subintimal bajo anestesia locoregional, requiriendo en 6 pacientes uso de shunt, 4 pacientes cierre con parche, 4 conversión a anestesia general y 2 anestésicas generales de inicio.

**Resultados:** Las complicaciones encontradas son: 1 éxitus peroperatorio, 1 éxitus tardío por neumonía, 1ACV perioperatorio, 2 lesiones de nervios periféricos, 3 de reestenosis significativas y 2 hematomas expansivos que requieren drenaje.

**Conclusiones:** La topografía, morfología y extensión de las lesiones carotídeas pueden condicionar la técnica quirúrgica de endarterectomía carotídea, con el fin de minimizar las potenciales complicaciones derivadas de ella.

**E-mail:** pablo90aragon@gmail.com