

## MESA DE POSTERS

Sábado, 26 de noviembre. 16.30 h.

### P1. EXPLANTE QUIRÚRGICO DE ENDOPROTÉSIS AÓRTICA TRAS ENDOFUGA PERSISTENTE

Novo Martínez, G.M.; Fernández Samos, R.; Santos Alcántara, E.; Rodríguez López, I.; Zorita Calvo, A.M.  
*Hospital Universitario de León*

**Introducción:** La introducción del EVAR (1991) revolucionó la cirugía aórtica. Aunque las complicaciones iniciales son mínimas, los datos a largo plazo confirman la necesidad de seguimiento, asociando incluso múltiples intervenciones secundarias para excluir completamente el aneurisma. La tasa de conversión tardía a cirugía es del 5%.

**Caso clínico:** Varón 82 años, ex-fumador, hipertenso, cardiopatía isquémica (2stents), marcapasos, intervenido cáncer de colon y renal, insuficiencia renal crónica. Aneurisma de aorta abdominal de 7 cm excluido mediante EVAR (año 2000), riesgo anestésico ASA III. Revisiones con TAC de control anual (4 años) sin complicaciones. Pérdida de seguimiento durante 4 años (período en el cual es intervenido de cáncer renal).

**Material y Método:** Hallazgo de endofuga tipo II en angioTC tratada mediante inyección de trombina ecoguiada por crecimiento de saco aneurismático (8cm), con nueva de endofuga posterior. Ingreso para derivación femoro-femoral por claudicación invalidante de MID y segunda inyección de trombina. En TC de control persistencia de endofuga tratándose mediante embolización (coils-ónix) de rama lumbar izquierda a través de hipogástrica. En TC posterior el saco crece (9,5cm), finalmente se realiza explante protésico y bypass aortoiliaco izquierdo (ASA IV). Dado de alta al 5º día, sin complicaciones.

**Comentarios:** Las estrategias de gestión de endofugas van desde observación a terapias agresivas: inyección de trombina, ligadura de ramas, dispositivos endovasculares o cirugía abierta, según el crecimiento de saco aneurismático. El explante quirúrgico implica el fracaso de todas las anteriores, asumiendo una elevada morbimortalidad. Lynch et Al, en su estudio publicado en EJVES (2015), concluyen que las endofugas son la causa más frecuente de explante quirúrgico.

E-mail: glori\_mry@hotmail.com

### P2. HIPERPLASIA INTIMAL PRECOZ EN ARTERIA RENAL E ILIACA EXTERNA IZQUIERDAS EN PACIENTE JOVEN TRANSPLANTADA

Novo Martínez, G.M.; Fernández Samos, R.; Santos Alcántara, E.; Maqueda Ara, S.; Zorita Calvo, A.M.  
*Hospital Universitario de León*

**Introducción:** La estenosis de arteria renal trasplantada (EART) presenta una incidencia del 2,7-23%. Retrasar el diagnóstico y tratamiento puede llevar a la pérdida funcional del injerto.

**Caso clínico:** Mujer 31 años, DM 1, Obesidad, dislipemia. Nefropatía diabética terminal precisando trasplante renopancreático, con anastomosis del injerto renal a la arteria iliaca externa izquierda. Derivada a Cirugía Vascul a los tres meses postrasplante por úlcera talar en miembro inferior izquierdo y claudicación a corta distancia, no referida previamente al trasplante, con eje aortoiliaco sano previo a intervención. Presenta pérdida de pulso femoral izquierdo. Se realiza AngioRM objetivando obstrucción (trombosis) de iliaca externa distal al injerto y estenosis crítica en origen de arteria renal trasplantada. Cifras de creatinina ligeramente elevadas: 1,5mg/DL respecto a las previas postrasplante de 0,9mg/DL.

**Material y Método:** Se realiza trombectomía de arteria iliaca externa izquierda, angioplastia simple con balón 7x20mm y angioplastia simple en el origen de arteria renal trasplantada con balón 4x20mm. Recuperación de pulsos a todos los niveles en miembro inferior izquierdo, función renal y tensión arterial normalizadas. En revisiones posteriores mantiene pulsos distales. Eco doppler renal con velocidad sistólica de 40cm/seg e índice de resistencia (IR) inferior a 0,7.

**Comentarios:** EART ocurre habitualmente en los primeros dos años postrasplante. La zona de anastomosis quirúrgica es la más comúnmente afectada. La angioplastia simple renal recuperó la arteria trasplantada a su calibre normal, considerando no necesaria la implantación de STENT dada la edad de la paciente y el carácter ostial de la lesión. Esta opción se reservó ante hallazgo de estenosis refractaria o recurrente.

E-mail: glori\_mry@hotmail.com

### P3. RESOLUCIÓN DE ÚLCERA AÓRTICA MEDIANTE ENDOPROTÉSIS FENESTRADA EN PACIENTE CON RIÑÓN EN HERRADURA

Robles Martín, M.L.; Castillo Martínez, E.M.; Moreno Reina, A.; Moreno Machuca, F.J.; García León A.  
*H. U. Virgen de Valme (AGS Sur de Sevilla)*

**Introducción:** La presencia de riñón en herradura se asocia en la mayoría de los casos a una vascularización renal aberrante, lo que supone un desafío a la hora de plantear tratamiento de patología aórtica asociada.

**Caso clínico:** Varón de 68 años, con antecedente de tabaquismo, diabetes y dislipemia. Remitido por sospecha de lesión aórtica. Se realiza AngioTC apreciándose úlcera aórtica penetrante asociada a hematoma intramural a nivel de cara posterior de aorta infrarenal. En el estudio destaca la presencia de riñón en herradura con lesión sugestiva de Cáncer renal en cara postero-lateral de riñón derecho.

**Material y Método:** Previa a la reparación aórtica es intervenido por Urología realizándose nefrectomía de riñón derecho en herradura. La vascularización del riñón izquierdo preservado depende en polo superior de arteria renal normal y en polo inferior de una arteria renal accesoria de 6 mm de diámetro que se origina en la cara anterior de la aorta a nivel de la ulceración descrita. La resolución del caso mediante intervención quirúrgica se contempla en segundo plano, en relación con el abordaje reciente abdominal. Como primera opción de tratamiento optamos por la colocación de endoprótesis recta realizada a medida con una fenestración en cara anterior para mantener la permeabilidad de la arteria renal accesoria y asegurar la perfusión del único riñón existente.

**Comentarios:** El desarrollo de endoprótesis customizadas ofrece una alternativa eficaz y segura en casos complejos de abordar de forma convencional, permitiendo respetar las variaciones anatómicas en la vascularización renal en pacientes con riñón en herradura.

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

#### **P4. PSEUDOANEURISMA DE ARTERIA SUBCLAVIA E ISQUEMIA AGUDA EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO SECUNDARIA A PLACA DE OSTEOSÍNTESIS EN CLAVÍCULA**

Ruales Romero, A.M.; Maazouzi, E.M.; García Blanco, V.E.; Neri Arribas Aguilar, F.; Rodríguez Piñero, M.  
*Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz*

**Introducción:** Debido a la proximidad anatómica de los vasos subclavios a los dos tercios mediales de la clavícula, existe el riesgo de lesión posterior a colocación de placas de fijación. El desarrollo de pseudoaneurisma en esta localización se produce por trauma repetido al vaso y es muy poco frecuente, una vez establecido puede amanezar la extremidad.

**Caso clínico:** Paciente de 36 años con antecedente de fractura de clavícula 5 años antes, consulta por clínica de isquemia arterial aguda del brazo izquierdo. En estudios de imagen se observa permeabilidad del eje arterial hasta arterial humeral, material de osteosíntesis en subclavia que parece sobrepasar arteria subclavia con el brazo en abducción. No se observan imágenes de pseudoaneurisma, ni signos de lesión del vaso a nivel de protrusión de tornillos. Se realiza trombectomía transhumeral, el paciente vuelve a presentar síntomas isquémicos y se realiza una segunda trombectomía, recuperando pulsos a todos los niveles. Posteriormente, aparición de masa hiperpulsátil en fosa supraclavicular izquierda, ecodoppler objetiva pseudoaneurisma y fistula subclavioyugular, se procede a colocación de stent recubierto Begraft 8x37 en subclavia izquierda, nuevamente isquemia de extremidad y trombectomía. Se retira material de osteosíntesis. Pruebas de hipercoagulabilidad negativas y ecocardiograma normal.

**Material y Método:** .

**Comentarios:** Las lesiones arteriales secundarias a material de osteosíntesis son muy raras pero pueden producir lesiones del paquete neurovascular e isquemia de la extremidad. Se recomienda utilizar tornillos de diámetro inferior a los 8 mm, según lo consultado en la bibliografía. Al encontrar una protrusión de material se recomienda su extracción y la reparación del vaso si es necesario.

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

#### **P5. PSA DE LA ARTERIA FEMORAL SUPERFICIAL TRAS HERIDA POR ARMA BLANCA. A PROPOSITO DE UN CASO**

Maazouzi, E.M.; Conejero Gómez, R.; Doiz Artázcoz, E.; Ruales Romero, A.; Rodríguez Piñero, M.  
*HUPM Cádiz*

**Introducción:** El 90% de todas las lesiones arteriales periféricas se producen en una extremidad. La evolución inicial y el pronóstico final dependen del arma causante, mecanismo y localización de la lesión y tiempo de evolución. Presentamos el caso clínico de un traumatismo complicado.

**Caso clínico:** Varón de 32 años, fumador de tabaco y cannabis, sin otros antecedentes. Acude por edematización progresiva y dolor en MID de 5 días de evolución tras herida por arma blanca en muslo derecho. En la exploración física destaca una herida de tipo punzante suturada en cara interna del muslo derecho con una masa pulsátil sin thrill ni tensión y con hematoma perilesional. Pulsos distales conservados. Ecodoppler donde se objetiva pseudoaneurisma (PSA) en arteria femoral superficial (AFS) de unos 5,6 por 3,8 cm asociado a TVP poplítea distal. AngioTAC donde se confirma presencia de PSA sacular de aproximadamente 5,6 por 3,8 cm con fistula A-V asociada.

**Material y Método:** Tras el diagnóstico de PSA femoral complicado post-traumático se realiza exploración de AFS, sutura término-terminal en arteria, sutura continua en vena y drenaje del hematoma. Postoperatorio sin complicaciones con disminución del edema en MID y pulsos distales conservados. Alta para seguimiento en consulta externa anticoagulado con HBPM.

**Comentarios:** Los traumatismos vasculares infrainguinales por arma blanca suponen un riesgo vital por las alteraciones hemodinámicas ocasionadas y la hemorragia y un riesgo para la extremidad por la isquemia prolongada o la infección de la herida. – La cirugía convencional es de elección en los casos complicados con compromiso vasculo-nervioso, muscular y estabilidad hemodinámica.

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

#### **P6. TRATAMIENTO DESCOMPRESIVO Y REVASCULARIZACIÓN EN EL SÍNDROME DEL LIGAMENTO ARCUATO**

Rodríguez Morata, A.; Ramírez Plaza, C.P.; Reyes Ortega, J.P.; Alonso Argüeso, G.

*Servicio de Angiología y Cirugía Vasculat, y Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario Quirónsalud Málaga*

**Introducción:** El ligamento arcuato medio une los pilares diafragmáticos a ambos lados del hiatus aórtico y se sitúa por encima del tronco celiaco. Una inserción anormalmente baja del diafragma y/o un origen excesivamente alto de esta arteria pueden originar el síndrome del ligamento arcuato medio. Es más prevalente en mujeres, con una incidencia en torno a 2 de cada 100.000 pacientes, con síntomas habituales de dolor abdominal recurrente e isquemia intestinal en algunas ocasiones.

**Caso clínico:** Se presenta el caso de una paciente de 48 años con dolor crónico centroabdominal y referido igualmente en zona dorsal de la espalda crónico de años de evolución, con pérdida de peso en los últimos meses y en la que evidencia en angiografía y TAC la existencia de una compresión extrínseca severa del tronco celiaco.

**Material y Método:** Se lleva a cabo un tratamiento descompresivo mediante tenotomía, liberación de los pilares diafragmáticos a ambos lados del tronco celiaco y revascularización anterógrada ortoanatómica mediante un bypass aortoceleíaco con PTFE de 8 mm anillado. La cirugía transcurre sin incidencias y con alta al 4º día postoperatorio, con mejoría clínica.

**Comentarios:** A pesar del avance tecnológico endovascular, este síndrome requiere un abordaje quirúrgico para eliminar las estructuras anatómicas aberrantes, que causan la compresión extrínseca del tronco celiaco. El tratamiento endovascular, sin asociar una adecuada liberación de las estructuras musculares y ligamentosas compresivas, suele producir una recurrencia precoz del cuadro clínico.

**E-mail:** alejandro.rmorata@quironsalud.es

## P7. SÍNDROME DE NUTCRACKER ANTERIOR Y POSTERIOR. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR

Rodríguez Morata, A.; Reyes Ortega, J.P.; Alonso Argüeso, G.  
*Hospital Universitario Quirónsalud Málaga*

**Introducción:** El Síndrome de Nutcracker se produce ante la compresión excesiva de la vena renal izquierda en la pinza anatómica aortomesentérica. Cuando esta vena es retroaórtica y está estenosada, se conoce como Síndrome de Nutcracker Posterior.

**Caso clínico:** Sd. Nutcracker: varón de 49 años que consulta por varices y dolor en miembro inferior izquierdo. Presenta varices importantes y aumento de calibre del testículo izquierdo y esterilidad. Las varices muestran un patrón de shunt pelviano claro (tipo V) y confirmamos la compresión aortomesentérica de la vena renal izquierda con un TAC contrastado. Sd. Nutcracker Posterior: presentamos el caso de una mujer de 44 años que consulta por dolor crónico en área del flanco izquierdo, fosa pélvica izquierda, miembro inferior izquierdo y varices en dicha extremidad. Se aprecian ecográficamente varices por shunt pelviano, varicocele pélvico izquierdo y una vena renal izquierda retroaórtica. El TAC contrastado confirma un Nutcracker posterior con importante insuficiencia gonadal izquierda.

**Material y Método:** Caso 1º: se lleva a cabo una embolización de las varices pélvicas y angioplastia más stent Venovo de 18x60mm, con mejoría clínica. Caso 2º: se trata con embolización de las varices pélvicas e implante de stent Venovo 14x40mm, con mejoría clínica.

**Comentarios:** Ante datos ecográficos de insuficiencia venosa paraostial o shunt pélvico en las extremidades, está justificado un examen concienzudo de los grandes vasos venosos retroperitoneales y pélvicos, que pueden dar con síndromes compresivos como el Nutcracker. El abordaje endovascular de este síndrome puede resultar muy eficaz clínicamente y menos invasivo que la cirugía clásica de transposición o bypass cavorenal.

E-mail: alejandro.rmorata@quironsalud.es

## P8. SÍNDROME DE STEWART-BLUEFARB. A PROPÓSITO DE UN CASO

Galera Martínez, M.C.; García Blanco, V.E.; Doiz Artázcoz E.; Maazouzi E.M.; Rodríguez Piñero M.  
*Servicio de Angiología y Cirugía Vascul, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.*

**Introducción:** El síndrome de Stewart-Bluefarb es un tipo de acroangiodermatitis infrecuente, caracterizado por lesiones cutáneas semejantes clínicamente al sarcoma de Kaposi y secundario a una malformación arteriovenosa subyacente. Puede complicarse con la aparición de úlceras. Presentamos el caso clínico de un paciente y su manejo.

**Caso clínico:** Varón de 46 años, fumador, dislipémico e intolerante a corticoterapia. Remitido por úlcera venosa de evolución tórpida de meses de progresión, en maléolo externo del miembro inferior derecho (MID), refiriendo dolor intenso en la última semana. Presenta desde hace años lesiones papulosas e hiperpigmentación cutánea en región pretibial y maleolar en MID. Exploración física: pulsos arteriales presentes sin soplo ni thrill. No disimetría. Lesiones sobrelevadas de color marrón violáceo en borde antero-externo en región pretibial supramaleolar, con eczema perilesional. Úlcera de bordes irregulares y signos leves de infección. Estudio histológico por lesión atípica con diagnóstico de Síndrome de Stewart-Bluefarb. La ecografía-doppler confirmó la sospecha al visualizar diversas fístulas arteriovenosas dependientes de arteria tibial anterior y flujo venoso arterializado distal. Se inició tratamiento conservador

con terapia compresiva y medidas higiénico-posturales. Seguimiento en consulta externa con desaparición del dolor y cicatrización de la úlcera a los tres meses. Lesiones estables al año.

**Material y Método:** .

**Comentarios:** El síndrome de Stewart-Bluefarb afecta a pacientes varones jóvenes a partir de la segunda década de vida. Se caracteriza por la presencia de lesiones maculopapulosas, edema, varices e hipertrofia de tejidos blandos, junto a malformación arteriovenosa subyacente. El tratamiento inicial suele ser conservador, reservando la cirugía, esclerosis o embolización para casos complejos o resolución de complicaciones.

E-mail: cgaleramartinez@gmail.com

## P9. LEIOMIOSARCOMA DE VENA CAVA INFERIOR. A PROPÓSITO DE UN CASO

Yoldi Bocanegra, R.; Espínola Cortés, N.; Carrasco de Andrés, D.; Rodríguez Carmona, R.; Navarro Muñoz, E.  
*CHT Torrecárdenas*

**Introducción:** El leiomioma primario de Vena Cava Inferior es un tumor poco frecuente ( 6% de sarcomas). EL 80% afecta a mujeres entre 50-70 años. La clínica se presenta de forma inespecífica, en forma de dolor abdominal y/o masa palpable. La tomografía computerizada (TC) de abdomen y pelvis es la prueba de elección para el diagnóstico. El tumor se disemina principalmente por vía hematogena hepática y pulmonar

**Caso clínico:** Mujer de 70 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, hipotiroidismo, obesidad y Diabetes Mellitus tipo II. Intervenido de neoplasia de sigma en 2012. Durante el seguimiento por oncología, la TC control en 2015, diagnostica una masa retrocava entre vena cava inferior (VCI) y borde medial hepático de 6.5 x 4 x 5.2 cm de tamaño; compatible con paraganglioma con invasión de la vena cava inferior. Planificamos una intervención quirúrgica conjunta con el Servicio de Cirugía General. Realizamos una laparotomía programada, resección completa del tumor, extracción tumoral intracava y cierre directo de vena cava. Postoperatorio sin incidencias salvo episodio de fibrilación auricular aislada. La pieza histológica definitiva informó de leiomioma primario. En nuestro Comité de Tumores multidisciplinar se decidió realizar seguimiento sin terapias adyuvantes.

**Material y Método:** .

**Comentarios:** Los leiomiomas son tumores raros con mal pronóstico (supervivencia entre el 25% y 50% a los 5 años) La quimioterapia y radioterapia adyuvantes no han demostrado su beneficio en estos pacientes.

E-mail: natalyespinola@gmail.com

## P10. ROTURA ESPONTÁNEA DE ARTERIA ILIACA EN MUJER JOVEN

Fernández Herrera, J.A.; Ros Vidal, R.; Ramos Gutiérrez, V.E.; Herrera Mingorance, J.D.; Salmerón Febres, L.M.  
*Servicio de Angiología y Cirugía Vascul del Complejo Hospitalario universitario de Granada*

**Introducción:** Las conectivopatías son enfermedades genéticas donde se produce afectación de la integridad estructural del colágeno y predisposición a la degeneración de la pared arterial, lo que facilita la formación de aneurismas y disecciones arteriales espontáneas.

**Caso clínico:** Mujer de 22 años con antecedente de ictus isquémico por disección carotídea izquierda espontánea en 2011.

Presenta dolor abdominal generalizado de inicio brusco, acompañado de síncope de varios minutos. En angio-TAC se observa rotura espontánea de arteria iliaca común derecha (AICD).

**Material y Método:** Se interviene de forma urgente realizando laparotomía media y clampaje de aorta infrarrenal, evidenciando rotura y disección de AICD. Realizamos bypass aorto-femoral derecho con Dacron de 8mm. Permanece 7 días en UCI y tras 23 días en planta, es dada de alta con buena evolución postoperatoria. Se realiza estudio genético, que es positivo para síndrome de Marfan, exploración ecocardiográfica, que no tiene alteraciones, y exploración oftalmológica, sin cambios en el cristalino. Realizamos diagnóstico diferencial entre síndrome de Marfan, síndrome de Ehler-Danlos tipo IV y síndrome de Loeys-Dietz sin alcanzar diagnóstico concreto.

**Comentarios:** ? Las enfermedades del tejido conectivo deben de tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial ante la presencia de complicaciones vasculares en pacientes jóvenes. ? Es recomendable, ante la sospecha de una conectivopatía, realizar un estudio diagnóstico de cara al seguimiento y, si precisa, tratamiento médico y consejo genético posteriores. ? Dado que los resultados quirúrgicos (técnica abierta y endovascular) en este tipo de patologías no son buenos, se recomienda aplicar de forma preferente tratamiento conservador, siempre que la situación clínica lo permita.

E-mail: jero.fdez.h@gmail.com

#### P11. DISECCIÓN ESPONTÁNEA Y AISLADA DE LA ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Rastrollo Sánchez, I.; Lozano Alonso, S.; Ros Vidal, R.; Linares Palomino, J.P.; Salmerón Febres, L.M.  
*Complejo Hospitalario Universitario de Granada*

**Introducción:** Presentamos dos casos de isquemia mesentérica aguda por disección espontánea y aislada de la arteria mesentérica superior (AMS).

**Caso clínico:** Caso 1: varón de 47 años, fumador. Consulta por dolor abdominal difuso de 4 horas de evolución sin signos de irritación peritoneal. Analítica y exploración vascular normal. En angioTAC de abdomen se observa oclusión completa de AMS a 4 cm de su origen. Se interviene de urgencias comprobando la existencia de una disección aislada, fijando la íntima y plástian-do con parche de vena safena interna (VSI). Caso 2: varón de 48 años, fumador e hipertenso, con dolor abdominal en mesogastrio irradiado a espalda de inicio súbito y de 10 horas de evolución cuando acude a Urgencias. La exploración abdominal era anodina, exploración vascular y analítica dentro de la normalidad. En angioTAC se observó oclusión de AMS desde su origen siendo, al igual que en el caso anterior, el hallazgo intraoperatorio una disección de la AMS desde su origen. Se fijó la íntima proximalmente y se plástió con parche de VSI.

**Material y Método:** En ningún caso fue necesaria resección intestinal y la clínica cedió completamente después de la cirugía en ambos casos. No se produjeron complicaciones peroperatorias ni en el seguimiento.

**Comentarios:** La disección aislada de la AMS es una patología rara (0,06%), más frecuente en hombres en la década de los 50, y las mayores series de casos han sido publicadas en países asiáticos. El tratamiento sigue siendo controvertido ya que se propone desde tratamiento conservador a cirugía abierta o endovascular.

E-mail: irene.rastrollo.s@gmail.com

#### P12. COMPLICACIÓN SECUNDARIA EN LINFOCELE RETROPERITONEAL TRAS CIRUGÍA AÓRTICA

Lozano Ruiz, C.; Jiménez Palmer, R.; Fernández Catalán, C.; Fernández González, S.; Landaluze Chaves, M.

*Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Servicio de Angiología y Cirugía Vasculat.*

**Introducción:** Los linfocelos retroperitoneales son una entidad poco frecuente tras la cirugía aórtica abdominal abierta.

**Caso clínico:** Varón de 65 años que acude a urgencias por dolor en fosa iliaca bilateral, disminución de la diuresis y edemas en extremidades inferiores. Intervenido de bypass aorto-bifemoral por claudicación invalidante presentando linfocelo periprotésico retroperitoneal asintomático puncionado dos meses antes para su evacuación, ambos procedimientos realizados en otro centro. Se realiza angioTAC abdominopélvico presentando sangrado activo dependiente de rama izquierda del bypass y hemoperitoneo pélvico. Ante los hallazgos, se implanta endoprótesis en la rama izquierda de forma urgente. Durante el seguimiento, presenta colección abscesificada pélvica izquierda sugestiva de infección periprotésica, por lo que se realiza bypass axilo-bifemoral izquierdo y en un segundo tiempo, drenaje del absceso, explante protésico y ligadura de aorta infrarrenal. Tras diferentes angioTAC de control, en el que persiste absceso retroperitoneal, se instaura antibioterapia crónica. Tras 9 meses, ha sido reintervenido por continuidad del absceso retroperitoneal e inguinal izquierdo, requiriendo desbridamiento y explante protésico de rama izquierda, revascularizando mediante bypass axilo-poplíteo a segunda porción. Al mes de la cirugía, continua con exudado inguinal, optando por cobertura protésica con músculo gracilis y cierre por segunda intención soportada con terapia de presión negativa.

**Material y Método:** A propósito de un caso.

**Comentarios:** Mostramos una de las complicaciones poco frecuentes de la cirugía aórtica abierta, donde la decisión terapéutica es controvertida, pudiendo considerarse el manejo conservador ante el alto riesgo de sobreinfección.

E-mail: cristinalozanoruiz@hotmail.com

#### P13. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA TORACOABDOMINAL EN DOS TIEMPOS

García Blanco, V.E.; Conejero Gómez, M.R.; Maazouzi, E.M.; Ruales Romero, A.M.; Galera Martínez, M.C.  
*Hospital Universitario Puerta del Mar*

**Introducción:** La reparación del aneurisma toracoabdominal (ATA) con endoprótesis fenestrada o ramificada presenta menor morbimortalidad aunque mayor tasa reintervenciones respecto a la cirugía convencional. En muchos casos se plantean dicha cirugía en dos tiempos para disminuir el riesgo de paraplejia.

**Caso clínico:** Varón de 77 años hipertenso, dislipémico, exfumador, insuficiencia renal leve y carcinoma de próstata tratado con hallazgo de ATA en estudio de epigastralgia. En enero 2015, angioTAC con ATA de 8 cm a nivel diafragmático y 6,5 cm infrarrenal. En mayo se coloca endoprótesis toracoabdominal customizada JOTEC® ramificada en tronco celiaco, mesentérica superior y ambas renales; pendiente de colocación de rama izquierda aortobiiliaca e intento cateterización de renal derecha. En postoperatorio, deterioro de función renal con hemodiálisis y monoparesia proximal inferior derecha por isquemia medular D11. A los 16 días, dolor abdominal brusco y shock hipovolémico por rotura aneurismática; Implantación urgente de rama izquierda en prótesis bifurcada. En control final endofuga II tardía por arteria renal derecha sin comunicación con saco aneurismático.

**Material y Método:** Alta hospitalaria con mejoría de función renal y monoparesia revertida seguida por rehabilitación. En angioTAC al mes, permeabilidad protésica, endofuga Ia/II en aorta torácica, permeabilidad de ramas viscerales. Sin cambios en saco aneurismático, en tratamiento conservador.

**Comentarios:** La mayor complejidad en las prótesis ramificadas en ATA es la cateterización de las ramas. El tratamiento en dos fases se plantea para disminuir la isquemia medular pero esta demora en la cirugía puede presentar complicaciones como la rotura.

**E-mail:** victoriagarciablanc@outlook.es

#### **P14. REPARACIÓN DE ENDOFUGA TIPO 1A MEDIANTE ENDOPRÓTESIS FENESTRADA**

García Blanco, V.E.; García Turrillo, E.; Maazouzi, E.M.; Ruales Romero, A.M.; Galera Martínez, M.C.  
*Hospital Universitario Puerta del Mar*

**Introducción:** Endofugas tipo 1A como primera causa de fracaso del tratamiento y aumento del riesgo de ruptura aneurismática; Reparación endovascular técnicamente exigente mediante extensiones fenestradas, técnica de chimenea o complejas embolizaciones. La principal causa de fracaso tras REVA es la existencia de un cuello corto o extensión de la enfermedad proximal. Mayor morbimortalidad perioperatoria en pacientes con esta morfología.

**Caso clínico:** Varón de 72 años con hipertensión, dislipemia, bronquitis crónica, miocardiopatía dilatada y leucemia mieloide crónica tratada; en febrero de 2015, hallazgo casual de aneurisma de aorta abdominal (AAA) infrarrenal de 6.8 cm asintomático y morfológicamente con cuello corto. En abril de 2015, exclusión endovascular percutánea del AAA mediante endoprótesis bifurcada Endurant®. En aortografía intraoperatoria de control, endofuga tardía por lumbares tratado de forma conservadora. A los 3 meses, se realiza angioTAC con permeabilidad de la prótesis, saco aneurismático sin cambios y extravasación de contraste en vertiente posterolateral derecha por endofuga tipo IA.

**Material y Método:** En diciembre de 2015, intervención programada mediante extensión fenestrada Anaconda® con cuatro ramas. Control radiológico posterior con permeabilidad de ramas: tronco celiaco, arteria mesentérica superior y renales, sin complicaciones. En angioTAC posteriores de control, desaparición de endofuga la y persistencia de endofuga tipo II dependiente de lumbares sin compromiso del saco actual.

**Comentarios:** Reparación endovascular mediante prótesis fenestrada ofrece una alternativa segura y efectiva a la conversión abierta tras REVA fallido. Procedimiento técnicamente más exigente que la reparación fenestrada estándar en aorta nativa por la existencia del stent-graft proximal.

**E-mail:** victoriagarciablanc@outlook.es

#### **P15. SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR**

Sánchez Ocando, H.; Garnica Ureña, M.; Reyes Valdivia, A.; Aracil Sanus, E.; Gandarias Zúñiga, C.  
*Hospital Universitario Ramon y Cajal*

**Introducción:** El Síndrome de Vena Cava Superior (VCS) constituye una complicación infrecuente pero severa de la implantación de marcapasos y otros dispositivos intravasculares. Se caracteriza por la oclusión sintomática de la VCS, debido a disrupción endotelial de origen mecánico o infeccioso, que conlleva a inflamación, fibrosis y, finalmente, trombosis. Su tratamiento, en ocasiones, es quirúrgico.

**Caso clínico:** Paciente de 66 años, con marcapasos DDDR (1993) debido a bloqueo aurículoventricular infrahisiano completo paroxístico, y recambio de generador en 2000 y 2009. Desde junio de 2015, presentó edema facial y cervical con disnea en decúbito. Mediante angioTAC torácico y flebografía, se evidenció trombosis de VCS, tronco innominado y tronco venoso braquiocefálico.

**Material y Método:** En junio de 2016, bajo anestesia general se retira marcapasos desde vena subclavia izquierda. Punción venosa femoral derecha y punción de vena subclavia izquierda. Se realiza angioplastia simple con balón ATLAS gold 10x 40mm observándose estenosis residual por lo que se implanta stent en vena cava superior hasta aurícula derecha tipo Sinus Vinus 14x 40mm, así como stent Protege 8x40mm en tronco venoso innominado y Viabahn 9x50mm por posible ruptura venosa tras manipulación de guía. Eje venoso permeable en flebografía final. Finalizando el procedimiento con colocación de marcapasos epicárdico.

**Comentarios:** Se observó mejoría del estado clínico inicial, con disminución súbita de la disnea, el edema facial y cervical. La resolución del Síndrome de VCS postimplantación de marcapasos, mediante cirugía endovascular con colocación de stent y prótesis en el tronco innominado, tras sustitución del marcapasos, es un método seguro para la resolución de esta complicación vascular.

**E-mail:** humberto.sanchez2188@gmail.com

#### **P16. DISECCIÓN AISLADA DEL TRONCO CELIACO: A PROPÓSITO DE DOS CASOS**

Sánchez Ocando, H.; Redondo López, S.; Osorio Ruiz, A.; Ocaña Guaita, J.; Gandarias Zúñiga, C.  
*Hospital Universitario Ramón y Cajal*

**Introducción:** La disección espontánea aislada del tronco celiaco (DATC) es una entidad rara. Su síntoma característico es el dolor abdominal agudo y sus complicaciones, son: formación de aneurisma, rotura, isquemia o infarto de órganos abdominales, principalmente, hígado o bazo. El tratamiento de cada caso dependerá de su severidad y evolución.

**Caso clínico:** Se presentan dos casos de DATC. Primer caso: varón, 58 años, hipertenso, fumador, con infarto de miocardio en cara inferior y colocación de 2 stents en coronaria derecha; consultó por dolor toraco-abdominal de 2 horas evolución, irradiado al miembro superior izquierdo. Segundo caso: varón, 63 años, hipertenso; consultó por presentar dolor incoercible epigástrico, punzante, de 24 horas de evolución, intermitente, sin náuseas ni vómitos.

**Material y Método:** Mediante AngioTAC toraco-abdominal, en ambos casos se diagnosticó DATC, sin otros hallazgos. Ante el cese del dolor y la ausencia de complicaciones viscerales, se optó por tratamiento conservador en ambos casos. El primero, mediante anticoagulación sistémica con heparina de bajo peso molecular durante 2 semanas de hospitalización. Tras estabilidad clínica, realizó seguimiento por Cirugía Vascular en su zona de residencia. El segundo, se optó por doble antiagregación, ya que el paciente se encontraba en tratamiento con Clopidogrel 75mg previamente y se programó arteriografía diferida, donde la lesión permanecía estable, sin otros signos de complicación.

**Comentarios:** Existen múltiples opciones de tratamiento para DATC. La ausencia de complicaciones y la estabilidad clínica apuntan al tratamiento conservador. Sin embargo, el grado de disección y su extensión hacia ramas adyacentes, pueden dar lugar a isquemia, con indicación de tratamiento quirúrgico o endovascular.

**E-mail:** humberto.sanchez2188@gmail.com

#### **P17. TROMBOSIS VENOSA ILIO-FEMORAL IZDA Y TROMBO FLOTANTE EN CAVA EN PACIENTE CON SÍNDROME DE MAY TURNER. TROMBECTOMÍA REOLÍTICA Y TERAPIA ENDOVASCULAR EN FASE AGUDA**

Gallardo, F.; Carvajal, R.R.; Lainez, R.; Hollstein, P.; García Turrillo, E.  
*IVEI. Hospitales Quironsalud Marbella y Campo de Gibraltar*

**Objetivo:** Presentar un caso de trombosis venosa profunda iliofemoral izquierda y cava inferior resuelto con trombectomía reolítica (mecánica y aspirativa) e implante de stents venosos en paciente con Síndrome de May Turner.

**Material y Método:** Mujer de 30 años, no fumadora, con tratamiento anticonceptivo, que tras viaje prolongado en coche presenta edema brusco y dolor en miembro inferior izdo. E-Doppler venoso demuestra TVP ilio-femoral izda y AngioTC venoso confirma trombosis completa del eje venoso con trombo flotante en cava, y fenómeno de May-Turner con compresión venosa severa por arteria iliaca izda. Se decide anticoagulación y tratamiento endovascular en fase aguda.

**Resultados:** Bajo anticoagulación sistémica se implantó filtro de cava temporal CELER (COOK) para prevención de embolización proximal. Recanalización de oclusión venosa con abordaje contralateral y trombectomía reolítica con sistema ANGIOJET, precisando angioplastia e implante de stents Zilvervena (COOK) y Sinousvena (GRIFFOLS) desde femoral común hasta cava inferior por estenosis residual. Retirada de filtro de cava a las 72 horas tras angioTC venoso que confirma ausencia de restos de trombo. Paciente presentó mejoría inmediata tras procedimiento, alta a las 48 hs con tratamiento anticoagulante y antiagregación.

**Conclusiones:** En nuestra opinión puede considerarse el tratamiento en fase aguda con terapia endovascular reolítica en casos seleccionados de TVP sintomáticas con fenómenos compresivos tipo Sd de May Turner y con riesgo de embolización proximal.

E-mail: fatiax@hotmail.com

#### **P18. EMPLEO DE ENDOPROTESIS CON FIJACIÓN SUPRA E INFRARRENAL Y ENDOANCHORS EN CUELLO HOSTIL PARA EVAR. LA PLANIFICACIÓN ES LA CLAVE DEL ÉXITO**

Gallardo, F.; Carvajal, R.R.; Lainez, R.; Hollstein, P.; García Turrillo, E.

*Hospitales Quironsalud Marbella y Campo de Gibraltar*

**Objetivo:** Presentar el planteamiento y resultado de terapia EVAR en AAA descartado previamente para este tratamiento por anatomía hostil.

**Material y Método:** Varón de 69 años, fumador e hipertenso con AAA asintomático de 5.5 cm con cuello anatómicamente hostil: corto, cónico invertido, presencia de trombo mural (>4mm en > 70% circunferencia) y arteria polar renal derecha (<3mm). Tras aplicar protocolo de planificación de nuestro centro se consideró apto para EVAR con empleo de endoprótesis con fijación supra e infrarrenal (TREVANCE – BOLTON) y uso de endoanchors (APTUS-MEDTRONIC). Caso realizado con proctorización de un cirujano vascular experto en empleo de ambos dispositivos.

**Resultados:** Exclusión percutánea del AAA bajo anestesia loco-regional y sin presencia de endoleaks inmediatos. Liberación de la endoprótesis enrasada a arteria renal mas baja con fijación extra de 6 endoanchors en zonas pre-seleccionadas de pared (trombo < 3 mm) y oclusión intencionada de arteria renal polar derecha. Alta hospitalaria a 24 hs post P-EVAR con reincorporación inmediata a su actividad sin registrar empeoramiento de función renal. TC de control al mes con reducción del AAA a 5.1 cm sin endoleaks. Eco abdominal a 3 meses, en su centro referencia, AAA inferior a 4.5 cm.

**Conclusiones:** La planificación detallada, el calculo de angulaciones para implante de endoanchors evitando trombo mural y la proctorización por un experto fue clave de éxito en este caso de EVAR en anatomía hostil. Consideramos que nuevas generaciones de endoprótesis y dispositivos de fijación extra permitirán tratar anatomías cada vez mas complejas.

E-mail: fatiax@hotmail.com