

I MESA DE PÓSTERS

Viernes, 23 de noviembre.

P1. RESOLUCIÓN ENDOVASCULAR DE PSEUDOANEURISMA DE ARTERIA EPIGÁSTRICA

Gómez Pizarro, L. Moreno Reina, A. Muñoz Chimbo, A. González Herráez, J. García León, A.

Hospital universitario nuestra señora de Valme, Sevilla.

Introducción: La patología pseudoaneurismática de arteria epigástrica es una entidad de baja prevalencia y de origen, a menudo, iatrogénico, en relación a procedimientos que implican el abordaje de pared o cavidad abdominal.

Caso clínico: Varón, 76 años, hipertenso, dislipémico y EPOC como únicos antecedentes de interés, que debuta con cuadro de obstrucción intestinal completa secundaria a adenocarcinoma de recto-sigma. Se somete a colectomía subtotal de urgencia, con realización de ileostomía terminal. Presenta durante el postoperatorio dehiscencia de herida quirúrgica de laparotomía media, con episodios autolimitados de sangrado profuso a través de la misma, que ceden con medidas compresivas.

Material y Método: Se solicita TAC abdominal, donde se objetiva imagen compatible con pseudoaneurisma de arteria epigástrica derecha. Se confirma mediante EcoDoppler la existencia de un pseudoaneurisma a este nivel parcialmente trombosado en su periferia y cuello permeable. Se opta por manejo endovascular, cateterizando de forma selectiva la arteria epigástrica derecha y se practica embolización de la misma proximal al saco del pseudoaneurisma mediante liberación de dos hidrocoils. En control angiográfico posterior no se visualiza imagen compatible con pseudoaneurisma. Revisión tras alta, constatándose trombosis del mismo en control ecográfico y ausencia de nuevos episodios de sangrado a través de herida quirúrgica.

Comentarios: La exclusión endovascular mediante embolización es una técnica válida para el manejo de pseudoaneurismas de arterias de pequeño-mediano calibre, técnicamente sencilla y poco agresiva, que evita al paciente la necesidad de un abordaje quirúrgico abierto, y que requiere únicamente contar con un acceso arterial óptimo y unos parámetros de función renal dentro de la normalidad.

E-mail: larisagopi@gmail.com

P2. EMBOLIZACIÓN DE PSEUDOANEURISMAS A TRAVÉS DE STENT NO RECUBIERTO

Herrero Martínez Elena; Martínez Gámez Francisco Javier; Mata Campos Jose Enrique; Galán Zafra Moises; Maldonado Fernández Nicolas.

Complejo Hospitalario de Jaén

Introducción: Los pseudoaneurismas son una patología vascular común, causados por disrupción de la pared arterial. Pueden ser causados por procesos inflamatorios, traumatismos o iatrogénicos. Algunas complicaciones relacionadas conllevan altas tasas de morbi-mortalidad. Presentamos 2 casos de pseudoaneurismas tratados mediante embolización a través de stent no recubierto.

Caso clínico: CASO 1: Varón de 49 años, antecedentes de FAC, HTA y fumador. Acude a urgencias por isquemia aguda MID, tratada mediante trombectomía urgente y angioplastia de a.peronea y tibial posterior. En angioTAC de control, pseudoaneurisma de a.peronea de 12mm. Mediante punción de AFS, confirmamos diagnóstico con arteriografía e IVUS. Se coloca stent balón expandible (4mm x 25mm) y embolización de saco a través del stent con coils. AngioTAC a los 3 meses, exclusión de pseudoaneurisma y permeabilidad de ejes distales.

Material y Método: CASO 2: Varón de 64 años, HTA, DL y fumador. Antecedentes de pseudoquiste pancreático y colestectomía. Ingreso en Digestivo por vómitos y melenas. En angioTAC, pseudoaneurisma de a.gastroduodenal de 60mm. Mediante punción de AFC, realizamos cateterización selectiva de AMS identificando rama originaria de pseudoaneurisma. Implantamos stent balón expandible (3mm. x 25mm.) y embolización de saco con coils, requiriendo extensión proximal con stent (3mm x 38mm.).

Comentarios: En los últimos años, gracias a las técnicas endovasculares, el tratamiento de los pseudoaneurismas es menos invasivo, disminuyendo las tasas de morbi-mortalidad. La embolización a través de stent no recubiertos es una opción frente a los recubiertos, ya que permite preservar ramas arteriales y disminuir complicaciones isquémicas, así como asegurar la exclusión del pseudoaneurisma.

E-mail: eleherrero@hotmail.com

P3. DISPOSITIVO PRÓTESIS- CATÉTER TUNELIZADO, UNA OPCIÓN DE RESCATE EN PACIENTES COMPLEJOS QUE REQUIEREN HEMODIÁLISIS

Abad Gómez David, Herrera Mingorance José Damián, Agudo Montore Marina, Cuenca Manteca Jorge Bartolomé, Salmerón Fébres Luis Miguel.

Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

Introducción: Con los avances en la terapia sustitutiva renal ha incrementado el número de pacientes y la esperanza de vida de los mismos. Por ello existen pacientes más complejos, que son un reto para el cirujano vascular al momento de realizar nuevos accesos vasculares.

Caso clínico: En un periodo comprendido de 2 años (2016-2018), se han realizado cuatro accesos vasculares mediante prótesis catéter tunelizado (HeRo y Super HeRo)

en tres pacientes. Todos ellos en mujeres entre los 32 a 52 años, con accesos vasculares en miembros superiores agotados y estenosis venosa central. Un caso en el que se colocó primero un dispositivo HeRO en el miembro superior izquierdo sufrió una trombosis en los primeros días post operatorios, se rescató con trombectomía mecánica y ha requerido más de un procedimiento endovascular para mantener su permeabilidad, siendo finalmente reemplazado por un SupeHero. Los otros dos casos (Super HeRO) se han puesto de manera primaria. Al momento los tres accesos vasculares tienen una permeabilidad primaria del 100% a los 3 y 6 meses, un caso con bacteremia relacionada con el sitio de punción y sin clínica sugerente síndrome de robo en ninguno.

Material y Método: Seguimiento casos clínicos en 2 años.

Comentarios: Los dispositivos prótesis catéter tunelizado son una opción en aquellos pacientes que requieren hemodiálisis, han agotado la posibilidad de fístulas nativas o protésicas en los miembros superiores y además presentan estenosis u obstrucción a nivel central. Pueden ser una opción razonable antes de realizar un acceso vascular en miembros inferiores.

E-mail: esteban88a@hotmail.com

P4. ISQUEMIA RENAL EN EL SEGUIMIENTO TRAS TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE DISECCIÓN DE AORTA

Fernández Herrera, Jerónimo Antonio; Ros Vidal, Rafael; Agudo Montore, Marina; Moreno Escobar, José María; Salmerón Febres, Luis Miguel.

Hospital Universitario San Cecilio, Granada

Introducción: La disección aórtica y su remodelación tras el tratamiento endovascular constituyen un proceso dinámico que requiere un seguimiento para controlar el diámetro aórtico y posibles alteraciones de los troncos viscerales.

Caso clínico: Paciente de 39 años, fumador e hipertenso mal controlado que es diagnosticado de disección aórtica aguda tipo B de Stanford complicada por mal control del dolor y tensional. Se interviene de forma urgente mediante técnica Petticoat, colocándose 2 endoprótesis torácicas Gore TAG enrasadas distal a subclavia izquierda y 2 Stent no recubiertos E-XL en aorta visceral. Además, se le coloca un Stent Balón-Expandible en Iliaca Común derecha por disección residual. Se consigue trombosis de la falsa luz pero se pierde la arteria renal derecha que emergía del falso lumen. Alta al cuarto día sin deterioro de función renal y con buen control tensional. Al año inicia clínica de ortopnea, hipertensión y aumento de creatinina sérica. En TAC se detecta estenosis crítica de Arteria renal izquierda. Se interviene de forma preferente, colocándose un Stent Balón-Expandible en dicha renal a través del Stent E-XL con predilatación de la malla con un balón de alta presión. Alta al día siguiente con mejoría de la función renal. A los 6 meses continúa sin clínica de insuficiencia cardíaca y sin deterioro renal.

Material y Método: .

Comentarios: Es importante un seguimiento estrecho de esta patología para la detección precoz de complicaciones y así minimizar la morbimortalidad derivada de las mismas. - La terapia endovascular parece la más idónea en la resolución de complicaciones de los procedimientos endovasculares complejos.

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

P5. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR CON BALÓN DE ANGIOPLASTIA CHOCOLATE

Fernández Herrera, Jerónimo Antonio; Cuenca Manteca, Jorge Bartolomé; Agudo Montore, Marina; Rastrollo Sánchez, Irene; Salmerón Febres, Luis Miguel.

Hospital Universitario San Cecilio, Granada

Introducción: La disección post-angioplastia es más frecuente y tiene mayor repercusión de lo deseado. Muchas veces debe manejarse con la colocación de un Stent. Partiendo de la filosofía de no dejar material intraluminal tras el tratamiento endovascular de lesiones, sería óptimo disponer de un dispositivo que disminuya la incidencia de las disecciones.

Caso clínico: .

Material y Método: En septiembre y octubre hemos seleccionados pacientes con lesiones complejas (CTO, longitud, calcificación) o en localizaciones críticas (las que la incidencia de disección es mayor o bien la utópica liberación de un stent sería desaconsejable). Las lesiones se localizaban en femoral superficial (AFS) y su origen 3 veces, en tibial anterior (incluyendo su origen) otras 2 y la anastomosis proximal de un bypass autólogo en riesgo. Se trataron lesiones con calcificación moderada/severa, una oclusión de AFS y una longitud media de 6 centímetros. Se utilizó el balón para preparar la placa previamente a la aplicación de un DEB (balón liberador de droga) en las lesiones de AFS y en el injerto. Consideramos el éxito técnico como la ausencia de estenosis residual significativa y de disección. Se alcanzó el éxito técnico en toda la muestra salvo en un paciente con una lesión en AFS severamente calcificada. Se implantó un stent por recoil de 50%. No hubo casos de trombosis perioperatoria ni reintervenciones.

Comentarios: Este dispositivo estaría indicado en la preparación de lesiones para un posterior DEB de placas complejas o bien en el tratamiento de lesiones que, por su localización, debemos tratar de evitar la liberación de un stent.

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

P6. TROMBOSIS DE VENA CAVA INFERIOR COMO PRESENTACIÓN DE ANEURISMA DE AORTA INFRARRENAL

Quintero-Pérez, Claudia. Manresa-Manresa, Francisco. Aragón-Ropero, Pedro Pablo. Sánchez-Rodríguez, Jose María. Bataller-De Juan, Enriqueta.

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: Los aneurismas de aorta abdominal (AAA) pueden provocar síntomas derivados de la compresión de órganos y estructuras adyacentes. Aunque la complicación venosa más frecuente de los AAA es la rotura hacia la VCI, también pueden manifestarse mediante compresión de estructuras vecinas. Presentamos un caso de AAA e iliaco derecho complicado con trombosis de vena cava inferior (VCI), debido a la compresión provocada por el mismo, tratado exitosamente mediante EVAR.

Caso clínico: Varón de 79 años con dolor lumbar, aumento de perímetro de ambos miembros inferiores (predominio derecho), desde la raíz del muslo y empastamiento. Dímero-D 10.740?g/L. Ecografía venosa sin signos de trombosis venosa profunda (TVP). En Angio-TC se evidencia un AAA de 10,3 cm que comprime la VCI, aneurisma iliaco derecho de 3,6 cm y trombosis de vena cava, venas ilíacas comunes y de las ramas externa e interna derechas. Tras tratamiento con HBPM, se coloca de filtro de vena cava (Gunter Tulip-Cook Medical) mediante cateterización de vena yugular derecha. A las 24 horas se realiza implante endoprótesis aortobiiliaca (Anaconda-Vascutek), embolización de arteria iliaca interna derecha y exclusión de aneurisma iliaco derecho. Tras evolución favorable, es dado de alta domiciliaria a los seis días tras la intervención. En Angio-TC de control al mes se observa exclusión aneurismática y persistencia de trombo en VCI infrafiltro y venas ilíacas.

Material y Método: .

Comentarios: El tratamiento mediante EVAR previa colocación de filtro de VCI, para prevención de tromboembolismo pulmonar, ha demostrado ser un tratamiento efectivo y seguro en caso de aneurisma con trombosis de VCI.

E-mail: cquperez@gmail.com

P7. RECONSTRUCCIÓN IN SITU CON HOMOINJERTO CRIOPRESERVADO DE CADAVER EN ANEURISMA MICOTICO

Raquel Venegas Zelaya, Bataller de Juan Enriqueta, Sanchez Guzman Antonio, Castilla Carretero Juan José, Gomez Ruiz Francisco Tadeo.

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: El aneurisma micotico de aorta abdominal es una entidad de origen infeccioso que constituye el 0.65-1.3% del total de AAA. Su tratamiento habitual ha sido la resección del mismo y reconstrucción in situ o extraanatomica con prótesis vasculares. La actual disponibilidad de homoinjertos criopreservados de cadaver supone una nueva posibilidad terapéutica que puede mejorar los resultados.

Caso clínico: Varón de 61a. Con AP: enfermedad de Crohn en tratamiento con metotrexate e infecciones por Salmonella de foco digestivo y TBC. Ingresa de urgencias por fiebre recurrente; en AngioTAC aparece aneurisma de aorta abdominal y iliaca común izquierda de reciente aparición (en TAC de 4 meses previos no existía).

Material y Método: Se interviene quirúrgicamente con resección del aneurisma y reconstrucción in situ con homoinjerto criopreservado de cadaver.

Comentarios: El uso in situ de homoinjerto criopreservado de cadaver para las reconstrucciones aorticas de origen infeccioso abren nuevas posibilidades terapéuticas que pueden mejorar los resultados en esta grave patología.

E-mail: Venegaszelaya005@hotmail.com

P8. TROMBOLISIS MECÁNICA MEDIANTE ANGIOJET EN SÍNDROME DE PAGET-SCHROETTER

Navarro Garre, Marina; García Blanco, Victoria Eugenia; Conejero Gómez, María Rosario; Arribas Aguilar Felipe Neri; Rodríguez Piñero, Manuel.

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: El síndrome de Paget Schroetter es frecuente tras fracturas claviculares como consecuencia de síndrome de compresión venosa, con tratamiento convencional la anticoagulación y se plantea en casos con edema refractario el uso de terapia fibrinolítica.

Caso clínico: Paciente varón de 65 años, hipertenso, exfumador y fractura de clavícula hace 4 años. Acude al servicio de Urgencias por clínica de dolor y edema en miembro superior izquierdo (MSI) de dos días de evolución. A la exploración, con pulsos conservados a todos los niveles, sin compromiso neurológico, gran edema en MSI hasta axila con empastamiento de tejidos blandos. En pruebas complementarias, DD 1; radiografía de tórax con callo de fractura en clavícula izquierda; Ecodoppler MSI con ectasia venosa; AngioTC hombro izquierdo con fractura de clavícula izquierda no consolidada, y en fase venosa sin relleno de subclavia compatible con trombosis de la misma. Se pauta anticoagulación y media de compresión. A la semana es intervenido mediante trombolisis mecánica con dispositivo AngioJet y colocación de Stent en origen de vena subclavia izquierda; posteriormente con reducción del edema, disminución del dolor y sin otras complicaciones.

Material y Método: .

Comentarios: Aún en la actualidad, se dispone de datos limitados respecto al uso de la trombolisis mecánica en extremidad superior. Estos tratamientos pueden ser útiles para extraer rápidamente una gran carga de trombo y reducir la dosis global y la duración de la terapia lítica.

E-mail: mnavarrogarre@gmail.com

P9. ¿CIRUGÍA ENDOVASCULAR A PESAR DE TODO?

Agudo Montore, Marina; Cuenca Manteca, Jorge Bartolomé; Fernández Herrera, Jerónimo Antonio; Rastrollo Sánchez, Irene; Salmerón Febres, Luis Miguel.

Hospital Universitario San Cecilio (Granada)

Introducción: El tratamiento endovascular de AAA (EVAR) cada vez tiene más aceptación dentro de las unidades de Angiología y Cirugía Vasculat, siendo su frecuencia de implantación mayor que la cirugía abierta convencional.

Caso clínico: Paciente varón, de 75 años, Hipertenso, exfumador y dislipémico. Enfermedad coronaria tipo IAM revascularizada y fibrilación auricular anticoagulada. - Julio 2007 (64 años): Intervenido por AAA asintomático de 80 mm, sin criterios de anatomía hostil, con implante de endoprótesis aórtica bifurcada. - Septiembre 2015: Detección mediante ecodoppler y confirmación por TAC de endofuga tipo II sin crecimiento del saco (se plantea seguimiento en 6 meses). - Noviembre 2015: Reintervención por rotura de AAA, con hallazgo de endofuga IA + IB derecha. Se implanta cuff proximal y extensión en rama derecha. Desde entonces crecimiento progresivo del saco sin endofuga ni sintomatología asociada. - Junio 2017: Reintervención por dolor abdominal, visualizándose endofuga tipo III, procediendo a conversión a endoprótesis aortomonoiliaca + bypass femoro-femoral derecha-izquierda, quedando endofuga tipo II desde este procedimiento. - Junio 2018: Reintervención ante crecimiento del saco, sintomatología y persistencia de endofuga tipo II. Se realiza embolización selectiva transmesentérica, manteniéndose asintomático desde entonces.

Material y Método: .

Comentarios: A pesar de los buenos resultados que está mostrando el EVAR, no debemos de olvidar que los resultados a largo plazo están aún por demostrar. En pacientes jóvenes, y sin contraindicación mayor para cirugía abierta, probablemente, dada su esperanza de vida, el EVAR no sea la primera opción.

E-mail: marinamontore@gmail.com