

II MESA DE PÓSTERS

Viernes, 23 de noviembre.

P10. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR CON VIABAHN VBX BALÓN EXPANDIBLE: A PROPÓSITO DE 3 CASOS

Agudo Montore, Marina; Cuenca Manteca, Jorge Bartolomé; Fernández Herrera, Jerónimo Antonio; Herrera Mingorance, Jose Damián; Salmerón Febres, Luis Miguel.

Hospital Universitario San Cecilio (Granada)

Introducción: El uso de stents recubiertos balón expandibles en ocasiones se encuentra comprometido por dificultad en la navegación, conformabilidad y adaptabilidad al vaso. El diseño del stent Viabahn Balón Expandible (VBX) aporta la fuerza radial precisa, sin comprometer la navegación del dispositivo y con buena adaptabilidad.

Caso clínico: - CASO 1: Varón, 51 años, fumador, sin patologías. Dolor en reposo MII. Oclusión de AIC/AIE izquierda con calcificación moderada, reinyectando en AFC. Recanalización contralateral + ATP + VBX 6x59mm AIC/AIE y Viabahn autoexpandible 6x150mm AIE, sin estenosis residual. - CASO 2: Varón, 75 años, exfumador, diabético. Lesiones en 4-5º dedos y dolor en reposo MII. Tras intento fallido de recanalización del eje iliaco izquierdo, se recanaliza el eje derecho, implantando stent balón expandible 8x56mm en AIC y stent VBX 6x59mm en AIE dada la calcificación. El procedimiento se completó con bypass femoro-femoral derecha- izquierda. - CASO 3: Varón, 69 años, exfumador. Aneurisma de aorta toracoabdominal (III) intervenido en 2013 mediante fEVAR (4 fenestraciones). Reintervenido en marzo de 2017 por endofuga tipo III a nivel de TC y AMS por vía femoral, con implante de stent recubierto balón expandible. En agosto de 2018, endofuga tipo III en TC, que no se consigue reparar vía humeral. En octubre de 2018, por vía humeral se consigue liberar stent VBX en TC, sin evidencia de endofuga residual.

Material y Método:

Comentarios: La utilización del dispositivo VBX aporta una flexibilidad y adaptación al vaso que nos permite ser efectivos en casos de anatomías complejas, permitiendo una navegación segura hasta la zona a tratar.

E-mail: marinamontore@gmail.com

P11. DEPORTE, DOPAJE Y COMPLICACIONES VASCULARES. A PROPÓSITO DE UN CASO

Morales Olmos, María José. Lozano Ruiz, Cristina. García Pérez, Cristina. Cambrero Aroca, Mercedes. Landaluce Chaves, Martín.

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Introducción: El dopaje hace referencia al uso de sustancias u otro método prohibido en el mundo del deporte. Se utilizan sustancias que se dividen en: esteroides anabolizantes, estimulantes (cocaína, anfetamina, efedrina y cafeína), hormonas peptídicas (eritropoyetina, hormona de crecimiento) y diuréticos. Estos compuestos disminuyen la fatiga, aumentan masa muscular y fuerza, ayudan a perder peso y mitigan el dolor. Pueden producir desequilibrios conductuales, esqueléticos, metabólicos, y cardiovasculares.

Caso clínico: Varón de 48 años, culturista, antecedentes de HTA, exfumador, consumo de alcohol, drogas y anticatabólicos que ingresa en UCI por inestabilidad hemodinámica, dolor abdominal y oligoanuria. Asocia dolor en miembro inferior derecho, frialdad e impotencia funcional. Analíticamente presenta Creatinina 2.6, acidosis metabólica, Creatiniquinasa 150 U/L, Hemoglobina 23 g/dl, Hematocrito 70%, tóxicos en orina positivos. Se decide sangría y anticoagulación con heparina sódica, encontrándose en angioTC trombosis mural en ambas arterias ilíacas comunes y trombo flotante en ilíaca derecha. Empeoramiento progresivo con anuria e imposibilidad de hemodiálisis por hipercoagulabilidad. Se inicia trombolisis sistémica con exitus a las 12 horas por disfunción multiorgánica.

Material y Método: A propósito de un caso.

Comentarios: Entre las diversas sustancias dopantes, los esteroides anabolizantes y la eritropoyetina pueden propiciar complicaciones trombóticas graves. Se han descrito miocardiopatías, arritmias, infarto de miocardio, trombosis intracardiaca, accidente cerebrovascular, tromboembolismo venoso, trombosis arterial en extremidades, oclusión de vena retiniana y trombosis del seno venoso cerebral. Dada la gravedad de las complicaciones y uso frecuente entre los deportistas no profesionales, debemos conocer los mecanismos de acción de estos agentes y aplicar las medidas terapéuticas oportunas de manera ágil.

E-mail: mjmoralesolmos@gmail.com

P12. STENTING MESENTÉRICO RETRÓGRADO MEDIANTE LAPAROTOMÍA COMO TRATAMIENTO DE LA ISQUEMIA MESENTÉRICA CRÓNICA REAGUDIZADA

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

Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Introducción: La isquemia intestinal aguda sobre un proceso crónico, presenta una clínica insidiosa desarrollada durante semanas, con alta mortalidad (45% aproximadamente), sobre todo por el retraso en el diagnóstico y tratamiento, constituyendo un desafío.

Caso clínico: Varón de 77 años, exfumador, hipertenso, diabético, con cardiopatía isquémica revascularizada y amputación supracondilea por arteriopatía periférica. En

consulta de cirugía Vasculard, comenta dolor abdominal de siete días de evolución, difuso tipo cólico, con exacerbación postprandial, acompañado de vómitos, efectuándose un angioTC abdominal, señalando ateromatosis en aorta abdominal y arteria mesentérica superior (AMS), sin sufrimiento intestinal. Por persistencia del dolor abdominal se procede a laparotomía exploradora, sin datos de isquemia intestinal, palpándose la AMS cálcica y no pulsátil, realizándose además a una arteriografía anterógrada, mostrando estenosis crítica en el origen de AMS. Mediante el abordaje retrogrado se coloca un stent no recubierto Herculink Plus 6 X 20 mm sobre la lesión en el origen de AMS, recuperando pulso; y con flujo adecuado sin embolización a ramas yeyunales en el control angiográfico. La evolución del paciente es favorable, permaneciendo asintomático.

Material y Método: .

Comentarios: El stenting mesentérico abierto retrógrado refleja una alternativa al bypass o stent percutáneo en pacientes con síntomas agudos de isquemia mesentérica sometidos a laparotomía u oclusiones mesentéricas enrasadas inadecuadas para el abordaje anterógrado, obteniendo resultados similares al acceso percutáneo. Se prefiere un stent balón expandible por la mayor fuerza radial y despliegue preciso. Deberían evitarse los stent cubiertos en caso de contaminación peritoneal. Este abordaje permite una evaluación inmediata de la viabilidad intestinal.

E-mail: andrevero77@gmail.com

P13. EXTENSIÓN DE BRANCH ILÍACO IZQUIERDO EN ENDOFUGA TIPO IB

Manosalbas Rubio, Isabel M^a; Craven-Bartle, Antonella; García Blanco, Victoria Eugenia; Galera Martínez, M^a Cristina; Rodríguez Piñero, Manuel.

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: Las endofugas son la persistencia de flujo sanguíneo en el interior del saco aneurismático pese a la colocación exitosa de una endoprótesis. Es la complicación más frecuente en la exclusión endovascular de los aneurismas y justifica el seguimiento mediante pruebas de imagen.

Caso clínico: Varón 65 años, hipertenso, fumador y bebedor, bronquitis crónica, litiasis renal tratada, poliomielitis en infancia con afectación miembro inferior derecho y poliglobulia controlada con sangrías. En marzo 2015 se interviene mediante exclusión endovascular y branch ilíaco de aneurisma de aorta abdominal 51 mm y aneurisma ilíaca común izquierda 35- 40 mm. En el postoperatorio presenta deterioro de la función renal por alteración de la perfusión/función de riñón derecho que posteriormente precisó colocación de catéter doble J. En 2016 TC control, posible endofuga tipo II dependiente de L3 izquierda; en 2017 aumento del saco aneurismático (un centímetro el aórtico y 2.3 centímetros el ilíaco izquierdo) por lo que se decide intervención quirúrgica.

Material y Método: Cirugía en abril 2018 objetivándose en la arteriografía intraoperatoria una endofuga tipo Ib por rama hipogástrica del branch ilíaco izquierdo que se repara mediante extensión ilíaca izquierda con dos BeGraft[®] de 9x57 mm solapados vía humeral.

Comentarios: Las endofugas tipo Ib son el resultado de la separación entre la endoprótesis y la pared arterial en el extremo distal. Se tratan mediante dilatación con balón o solapamiento de un nuevo stent sobre la zona no sellada. En nuestro caso, se trató con dos BeGraft[®], stent- injerto periférico de PTFE que se utiliza habitualmente para las arterias ilíacas y renales.

E-mail: isamaru91@gmail.com

P14. ENFERMEDAD QUÍSTICA ADVENTICIAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Abad Gómez, DE; Ros Vidal, R; Rastrollo Sánchez, I; Fernández Herrera, JA; Salmerón Fébres, LM.

Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

Introducción: La Enfermedad Quística Adventicial (EQA), es una patología del tejido conectivo, poco frecuente con una prevalencia de 1:1200, que afecta a pacientes jóvenes, con un pico de máxima incidencia en la cuarta y quinta década de la vida, más frecuente en varones (15:1) y se presenta con clínica de claudicación intermitente gemelar unilateral en paciente sin factores de riesgo vascular.

Caso clínico: Paciente varón de 45 años, ex fumador e hipertrigliceridemia tratada, que debutó con un cuadro de 2 semanas de evolución de claudicación en miembro inferior derecho. Se realizó valoración con pruebas hemodinámica (ITB, claudicometría) e imagen (Angio RMN y eco doppler), que evidenciaban una estenosis crítica a nivel de la arteria poplítea MID, sugestiva de enfermedad quística adventicial. Se realizó de manera programada resección del quiste adventicial y un by pass corto poplíteo-poplíteo con Vena Safena Externa (VSE) invertida por abordaje posterior sin incidencias. El paciente mantiene pulsos distales en sucesivos controles y permanece asintomático (3 meses).

Material y Método: Revisión bibliográfica a partir de un caso clínico del servicio.

Comentarios: En pacientes jóvenes que no presentan factores de riesgo vascular, con cuadro de claudicación intermitente gemelar unilateral, se debe sospechar el diagnóstico de la EQA. El tratamiento de elección consiste en cirugía abierta.

E-mail: esteban88a@hotmail.com

P15. CRUCE DE CAMINOS. TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA MASIVA DE CAUSA ATÍPICA EN PACIENTE JOVEN

Morales Olmos, María José. Lozano Ruiz, Cristina. García Pérez, Cristina. Cambroner Aroca, Mercedes. Landaluce Chaves, Martín.

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Introducción: La trombosis venosa profunda es una entidad muy frecuente en pacientes hospitalizados, con factores de riesgo predisponentes clásicos como inmovilización, cirugía o malignidad, que constituye una importante causa de morbimortalidad. En pacientes ambulatorios es preciso buscar otras etiologías menos frecuentes que puedan precipitar su aparición.

Caso clínico: Mujer de 30 años, antecedentes de obesidad, múltipara, toma de anticonceptivos que acude dolor lumbar y miembro inferior izquierdo junto con disestesias y signos compatibles con flegmasía celurea dolens. Analíticamente Dímero-D 7223. En eco-doppler se visualiza trombosis venosa profunda de ilíaca primitiva izquierda y eje fémoro-poplíteo, confirmándose en angioTC la trombosis y la compresión parcial de esta por la arteria ilíaca común (Síndrome de May-Thurner). Ingresa en UCI para heparinización sistémica y fibrinólisis venosa local, tras lo que se observa repermeabilización de vena femoral superficial e ilíaca, observando imagen de stop a nivel de confluencia con vena cava inferior y desarrollo de colateralidad. Tras estabilización del proceso agudo, se implanta stent en la zona de compresión, siendo el postoperatorio favorable, encontrándose la paciente asintomática al alta y en controles posteriores.

Material y Método: A propósito de un caso.

Comentarios: La etiología de la trombosis venosa profunda es en muchas ocasiones multifactorial. En pacientes sin

claros factores de riesgo es necesario buscar diferentes elementos que puedan sumarse a la aparición de esta patología. Es necesario tener en cuenta que la suma de varios factores de riesgo como estados de hipercoagulabilidad, enfermedades sistémicas y anomalías anatómicas pueden producirla si estos actúan en sincronía. Debemos conocerlos para poder tratarlos de forma ágil.

E-mail: mjmoralessolmos@gmail.com

P16. ESTENOSIS JUXTARENAL, HIPERTENSIÓN RENOVASCULAR Y CLAUDICACIÓN INTERMITENTE EN UNA PACIENTE CON ARTERITIS DE TAKAYASU: A PROPÓSITO DE UN CASO

Vargas Gómez, Carolina Lothar, Scholz Metin, Kilic Savvidis, Savas Neufang, Achim.

Dr. Horst Schmidt Klinik Wiesbaden

Introducción: La arteritis de Takayasu es un trastorno poco frecuente con etiología desconocida. Desde el punto de vista anatomopatológico se clasifica como una vasculitis de células gigantes. La enfermedad afecta fundamentalmente a la aorta y las grandes arterias y parece comenzar con la destrucción del componente elástico de la media y la fibrosis posterior del músculo liso. La hipertensión arterial afecta a más del 70% de los pacientes y en la mayoría de los casos se debe a una estenosis de las arterias renales. La cirugía convencional sigue siendo el tratamiento de elección para lesiones complejas de la aorta abdominal y sus ramas.

Caso clínico: Paciente de 38 años con cierre de la arteria subclavia derecha y afectación de la arteria carótida común derecha. Miembro superior, asintomático Estenosis severa de la aorta juxtarenal con afectación de las arterias renales (engrosamiento de la pared de hasta 4mm) e hipertensión renovascular. Claudicación intermitente con entumecimiento de las extremidades inferiores tras esfuerzo. En tratamiento con prednisolona y metotrexate.

Material y Método: Se efectuó un bypass aorto-aortales (aorta descendente - aorta abdominal distal con Dacron 14mm) a través de abordaje retroperitoneal. En el seguimiento postoperatorio, 24 meses después el paciente no presenta síntomas de claudicación y la hipertensión está controlada. Perforación completa del riñón derecho y parcial del riñón izquierdo, tras la revascularización.

Comentarios: Debido al carácter sistémico de la enfermedad y su escasa frecuencia, el tratamiento debe ser multidisciplinar. La mayoría de los pacientes requieren un seguimiento minucioso a largo plazo.

E-mail: carovg_@hotmail.com

P17. PRESENTACIÓN INFRECUENTE DE ANEURISMA DE ARTERIA HIPOGÁSTRICA

Lozano Ruiz, Cristina. Morales Olmos, María José. García Pérez, Cristina. Cambroner Aroca, Mercedes. Landaluce Chaves, Martín.
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Introducción: Los aneurismas aislados de las arterias ilíacas son muy poco frecuentes, con una incidencia de 0.03% en series de autopsias y del total de aneurismas diagnosticados no alcanzan el 2%, siendo 6 veces más frecuentes en hombres. Presentamos un caso de aneurisma de arteria hipogástrica con un debut clínico atípico.

Caso clínico: Paciente de 73 años, sin antecedentes de interés, acude a urgencias por edema y dolor al deambular en miembro inferior derecho de 24 horas de evolución. Bajo la sospecha de trombosis venosa profunda se realiza

angioTC mostrando dilatación aneurismática de ambas ilíacas junto con un aneurisma hipogástrico derecho gigante de 9.6cm con signos de rotura contenida y aneurisma hipogástrico izquierdo de 32.5mm. Ante los hallazgos, se realiza de forma urgente implante de endoprótesis aórtica bifurcada modificada con pieza de conversor aórtico y fijación distal a arteria ilíaca externa izquierda con oclisor en arteria ilíaca externa derecha junto con bypass fémoro-femoral. El postoperatorio evoluciona favorablemente, encontrándose asintomático al alta y en sucesivos controles, y en los resultados de angioTC de control no se observan complicaciones.

Material y Método: A propósito de un caso.

Comentarios: Los aneurismas ilíacos aislados constituyen una entidad especial tanto por su infrecuencia como por la complejidad de su reparación, especialmente aquellos que afectan a la arteria hipogástrica. La técnica de elección a día de hoy sigue siendo el tratamiento quirúrgico urgente, ya sea mediante cirugía abierta o técnicas endovasculares, que han supuesto un cambio en el paradigma del tratamiento de estos aneurismas.

E-mail: cristinalozanorui@hotmail.com

P18. SÍNDROME DE NUTCRACKER: DEBUT ATÍPICO Y MANEJO ENDOVASCULAR

Galera Martínez, M Cristina; García Blanco, Victoria E; Conejero Gómez, Rosario; Manosalbas Rubio, Isabel M; Rodríguez Piñero, Manuel.

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

Introducción: El Síndrome Nutcracker consiste en la compresión de la vena renal izquierda (VRI) mayoritariamente a su paso bajo el nacimiento de la arteria mesentérica superior. Presentamos un caso tratado en nuestro servicio, que debutó con clínica poco característica.

Caso clínico: Mujer de 20 años, asmática, IMC 18kg/m² y antecedente de artritis reactiva. Durante estudio diagnóstico por dispepsia y diarrea, se realiza angio-resonancia abdominal, detectando dilatación varicosa de vena lumbar y ectasia de vena ovárica izquierda, junto a dilatación asimétrica de VRI. En consulta, nos refiere dolor en flanco izquierdo irradiado a pelvis, exacerbado en bipedestación y limitante. Solicitamos angio-tomografía computarizada, observando pinzamiento de VRI entre arteria mesentérica superior y aorta, así como varices dependientes de vena lumbar ascendente. La gammagrafía renal muestra leve ectasia pielocalicial izquierda y el estudio de orina resulta normal. Tras intento inicial conservador, se decide tratamiento endovascular dada la morbilidad. Durante flebografía se aprecia VRI filiforme y se implanta stent Venovo 14x40mm, tras lo que recupera drenaje a vena cava inferior. Posterior anticoagulación 6 meses. Se mantiene permeabilidad del stent, con ausencia de signos de complicación en el seguimiento. Los primeros meses refirió alivio parcial, si bien continuó aquejando clínica abdominal.

Material y Método: .

Comentarios: El Síndrome Nutcracker suele cursar con hematuria, si bien también puede manifestarse como dolor en flanco izquierdo y síndrome de congestión pélvica. Requiere alta sospecha, mayormente si la clínica es atípica. En pacientes paucisintomáticos prima el manejo conservador y el aumento del IMC. Puede contemplarse el tratamiento endovascular en pacientes que precisen corrección del defecto, dada su escasa invasividad.

E-mail: cgaleramartinez@gmail.com