

II MESA DE COMUNICACIONES ORALES

Sábado, 30 de noviembre.

Moderadores: Dra. Alejandra Bravo y Dr. Fidel Fernandez

CO-07.- ¿ES JUSTIFICADO EL SEGUIMIENTO ECOGRÁFICO TRAS TROMBOENDARTERECTOMÍA CAROTÍDEA?.

Galera Martínez, M. Cristina; Viñán Robalino, Cristian E.; Manosalbas Rubio, Isabel M.; Navarro Garre, Marina y Rodríguez Piñero, Manuel.

H. U. Puerta del Mar. Cádiz.

Objetivo: Actualmente existe controversia acerca del seguimiento ecográfico tras endarterectomía carotídea. Nuestro objetivo es valorar el beneficio de dicha exploración en nuestra población.

Material y Método: Cohortes históricas unicéntrico 2012-2014, distribución en función de presencia de reestenosis durante el seguimiento, valorando nuevos eventos neurológicos y trombóticos ipsilaterales.

Resultados: 186 intervenciones sobre 177 pacientes, de los cuales el 93% acudió para seguimiento (tiempo medio 47 meses). El 85% de casos no presentó reestenosis en ese periodo, siendo en ellos la proporción de trombosis y eventos neurológicos entorno al 3.2%. El 13% de casos presentó reestenosis inferior al 70%. No se ha detectado asociación significativa a nuevos eventos neurológicos o trombosis en este grupo frente al grupo que no desarrolló reestenosis (4.2% p=1 y 4.2% p=0.58). En el 8.7% de estos pacientes la reestenosis progresó al 70% en un tiempo medio 36 meses, frente al 2.5% en el otro grupo (p=0.17). En total, el 3% de pacientes presentó reestenosis igual o superior al 70% (tiempo medio 43.4 meses, mediana 48 meses), presentando posterior trombosis el 33.3% de casos (p=0.028, frente al resto de casos) en una media de 25 meses. La probabilidad de trombosis al 48º mes en estos pacientes es del 47% frente al 5% en el resto (p=0.004, Kaplan-Meier).

Conclusiones: En nuestra población, la detección de reestenosis del 70% asocia mayor riesgo de trombosis carotídea, no así la reestenosis inferior al 70%. Podría considerarse apropiado el seguimiento ecográfico de la carótida endarterectomizada hasta el 4º año si no se detectan reestenosis del 70% o superiores en ese periodo.

CO-08.- TROMBO EN CAVA Y CÁNCER RENAL. NUESTRA EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS.

Aragón Ropero, Pedro Pablo. Manresa Manresa, Francisco. Mengíbar Fuentes, Lucas. Parra López, Loreto y Bataller De Juan, Enriqueta.

H. U. Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivo: Nuestro objetivo es analizar los resultados de una serie de pacientes con cáncer renal (CR) con afectación trombótica de la vena cava, intervenidos por un equipo multidisciplinar.

Material y Método: Estudio descriptivo y retrospectivo con un total de 27 pacientes diagnosticados e intervenidos, entre 2014 y 2019, de CR con trombo en vena cava. Todos sometidos a nefrectomía radical más abordaje de vena cava inferior (VCI), previa colocación endovascular de filtro. Se analizaron características demográficas, anatomo-patológicas, grado de tumor en cava, utilización de filtro, manejo vascular de la VCI, tasa de complicaciones perioperatorias y supervivencia entre otras.

Resultados: Analizamos 27 pacientes intervenidos en este periodo, 10 mujeres y 17 hombres, con una edad media de 57 años. Atendiendo a la clasificación de Mayo distinguimos 15 pacientes con trombo en cava grado II, 10 grado III y 2 grado IV. Se colocó filtro en cava en todos los pacientes menos los 2 con trombo grado IV. Se realizó cavotomía más trombectomía en 23 casos y cavectomía con extracción en bloque en 4. La tasa de complicaciones perioperatorias fue del 31 %, con una única muerte perioperatoria por TEP. Con un seguimiento medio de 24 meses, se recogen 5 exitus por progresión de la enfermedad, una única reintervención por recidiva, y 22 pacientes libre de enfermedad.

Conclusiones: El éxito quirúrgico se basa en el manejo multidisciplinar por parte de Urología y cirugía vascular. Los resultados justifican el abordaje quirúrgico radical como tratamiento de elección, planteando siempre que sea posible la colocación previa de filtro de cava.

CO-09.- EXPERIENCIA EN LA CIRUGÍA DE LOS PARAGANGLIOMAS CERVICALES EN LOS ÚLTIMOS 25 AÑOS.

Baturone Blanco, Adriana. Martín Conejero, Antonio. Moreu Gamazo, Manuel. Reina Barrera, Julio y Serrano Hernando, Francisco Javier.

H. C. San Carlos. Madrid.

Objetivo: Analizar resultados precoces y durante el seguimiento de la cirugía de paragangliomas cervicales en nuestro servicio

Material y Método: Pacientes con paragangliomas cervicales tratados en nuestro Servicio de forma electiva y consecutiva entre enero-1993 y enero-2019. Diseño observacional, descriptivo y longitudinal. Análisis de comorbilidad, clasificación y técnica quirúrgica. Descripción de resultados precoces y durante el seguimiento.

Resultados: Fueron intervenidos 31 paragangliomas, 27 carotídeos y 4 vagales. El 80% fueron mujeres (n=25),

con edad media de 60±16 años. El diámetro medio fue 30±11mm. Según la clasificación Shamblin, los paragangliomas carotídeos fueron 19% (n=6) tipo 1, 52% (n=16) tipo 2 y 18% (n=5) tipo 3. El 97% fue embolizado prequirúrgicamente (n=30), mediante cateterización selectiva los primeros 18 (56%), o vía percutánea los 12 últimos (44%). Sólo un caso (3%) no pudo researse completamente. La extensión tumoral no requirió reconstrucción arterial. En ningún caso se encontró signos de malignidad en el estudio anatomopatológico. No hubo mortalidad perioperatoria. El seguimiento mediano fue de 32 meses. Un paciente con tumor del vago (25% de éstos), presentó lesión neurológica permanente. Hubo una recidiva tumoral.

Conclusiones: Según nuestra experiencia, la embolización prequirúrgica puede facilitar la completa resección del tumor, conllevando la curación de la lesión en la mayoría de pacientes. La reconstrucción arterial es infrecuente incluso en tumores de mayor tamaño. La lesión de nervio periférico ha sido exclusiva en pacientes con paragangliomas vagales. Pese a ser mayoritariamente benignos, la baja morbilidad de su exéresis y las posibles complicaciones por crecimiento local, hacen de la cirugía el tratamiento de elección de esta patología.

CO-10.- NUESTRA EXPERIENCIA CON EL USO DE ENDOPRÓTESIS AFX2-VELA ENDOLOGIX EN PACIENTES CON PATOLOGÍA ANEURISMÁTICA Y/O ISQUÉMICA DE SECTOR AORTO-ILIACO.

Moreno Reina, Ana; Martínez Gámez, Francisco Javier; Herrero Martínez, Elena y Galán Zafra, Moisés.
C. H. Médico-Quirúrgico de Jaén.

Objetivo: La endoprótesis AFX permite preservar la bifurcación aórtica nativa permitiendo una reconstrucción anatómica, incluso en pacientes con bifurcación estrecha, reduciendo el riesgo de endofugas (además el sistema VELA de extensión proximal reduce el riesgo de endoleak Ia). Su sistema de liberación de bajo perfil (7F para pata contralateral) permite su utilización en ejes ilíacos pequeños. Nuestro objetivo es describir los resultados de la implantación de esta endoprótesis en pacientes con patología aneurismática-isquémica del sector aorto-iliaco.

Material y Método: Entre Abril 2018 y Julio 2019, se implantaron 10 endoprótesis AFX: 7 por aneurisma, 1 isquémico y 2 patología mixta. En 5 casos fue necesario añadir sistema VELA de extensión proximal. Todos los casos fueron llevados a cabo bajo anestesia raquídea, en la mayoría (9) se realizó abordaje abierto femoral derecho para el cuerpo principal y percutáneo ecoguiado contralateral para sistema 7F. De los isquémicos, un caso precisó asociar stenting iliaco, y otro tratamiento del sector femoro-popliteo-distal. En 3 casos la angiografía se realizó con CO2 por presentar insuficiencia renal crónica, en los restantes la media de contraste empleada fue de 50cc.

Resultados: La mayoría de pacientes (9) presentaron evolución favorable, siendo dados de alta a las 48 horas, un caso precisa mayor estancia por complicación del acceso vascular. Seguimiento posterior realizado mediante control ecográfico y angioTC, sin evidencia de endofugas.

Conclusiones: La endoprótesis AFX ofrece una alternativa terapéutica segura y eficaz en pacientes con patología aneurismática-isquémica del sector aorto-iliaco, especialmente en casos con accesos pequeños y bifurcación estrecha. Permite uso de menor contraste debido al anclaje en bifurcación aórtica, así como menor tiempo de cateterización de pata contralateral.

CO-11.- COSTE DE LA CIRUGÍA ABIERTA DEL ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL VERSUS TERAPIA ENDOVASCULAR.

Manosalbas Rubio, Isabel M^a; Martín Cañuelo, Jorge Jesús; Galera Martínez, M^a. Cristina; Arribas Aguilar, Felipe Neri y Rodríguez Piñero, Manuel.
H. U. Puerta del Mar. Cádiz.

Objetivo: Comparar los costes de la terapia endovascular (EVAR) frente a la cirugía abierta (CA) del aneurisma de aorta abdominal (AAA). Conocer la morbimortalidad y la tasa de reintervención.

Material y Método: Realizamos un estudio de cohorte retrospectivo recogiendo pacientes con AAA tratados entre 2014 y 2018 mediante EVAR y CA. Se halla el coste total de cada tratamiento mediante datos extraídos de la gestión analítica de nuestro centro, a partir del coste de la prótesis, tiempo de quirófano, uso de hemoderivados y estancia media. Se incluyen también costes por pruebas de imagen. El análisis estadístico se realizó mediante comparación de medias con análisis de Chi-cuadrado con el programa R versión 3.6.1.

Resultados: Recogimos 210 casos en 4 años, 63 tratados mediante CA y 147 mediante EVAR. La media del coste total fue de 15.425,17 euros para EVAR y de 12.493,85 euros para CA (p **Conclusiones:** El tratamiento endovascular de los AAA en nuestro centro es más caro en comparación con la CA. Es posible, aunque se necesitan más datos, para afirmar que pEVAR y cirugía abierta son técnicas con costes similares.