

I MESA DE COMUNICACIONES PÓSTER

Viernes, 29 de noviembre.

Moderadores: Dr. Rafael Ros y Dr. Fernando Gallardo

PO-01.- DE COMO UN SERVICIO PURAMENTE QUIRÚRGICO EVOLUCIONA A UN MODELO MIXTO ENDOVASCULAR.

Delgado Daza, Rafael y Moga Donadeu, Lluís.
H. U. Mútua de Terrassa. Terrassa. Barcelona.

Introducción: La adaptación a las técnicas endovasculares significó un reto, para bueno, en la evolución de Nuestro Servicio y más, cuando hace unos 10 años, se implementaron recursos y se apostó decididamente por el uso y "disfrute" de la cirugía endovascular. La exposición somera de algunos datos da idea de los cambios realizados.

Material y método: Nuestro Servicio de Cirugía Vascul y Endovascular atiende una población de 280000 personas en un Hospital concertado. De los 150 procedimientos de revascularización realizados en 2018, 129 fueron en EEII y el 71 % de ellos mediante técnicas endovasculares. Tan solo 11 años antes este porcentaje era del 38 %. Si abundamos en el sector infrapoplíteo vemos que de los 56 procedimientos realizados en 2018, 43 (76%) fueron mediante cirugía endovascular y 1/3 de ellos tuvieron asociados otras procedimientos quirúrgicos. Paralelamente al aumento de revascularizaciones en EEII (sobre todo por cirugía endovascular) la tasa de amputaciones mayores se mantiene o disminuye ligeramente aún cuando ha aumentado considerablemente el número de habitantes del área de influencia.

Comentarios: El papel de la cirugía endovascular en las EEII es muy satisfactorio en el salvamento de extremidad incluido el sector infrapoplíteo, que es el que más se ha incrementado en número de casos, mostrándose como poco agresivo, repetible y realizable en pacientes con severa comorbilidad. NOTA. La manejabilidad de estos procedimientos (realizables con la presencia de un solo médico) supone una excusa más para justificar la optimización de plantilla. Hace 4 años eramos 5 médicos en el Servicio, ahora 3 atendemos la misma población.

PO-02.- EXTRACCIÓN AÓRTICA DE DISPOSITIVO WATCHMAN MIGRADO.

Manosalbas Rubio, Isabel M^a.; Martín Cañuelo, Jorge Jesús; Galera Martínez, M^a Cristina; Navarro Garre, Marina y Rodríguez Piñero, Manuel.
H. U. Puerta del Mar. Cádiz.

Introducción: El cierre percutáneo de la orejuela izquierda en la fibrilación auricular no valvular y con contraindicación para la anticoagulación oral se encuentra en

auge por los estudios que avalan su eficacia pero, no debemos olvidar, que se trata de un procedimiento invasivo no exento de complicaciones.

Caso clínico: Varón 67 años, hipertenso y exfumador al que se le colocó un dispositivo Watchman por una fibrilación auricular y un hematoma intraparenquimatoso en hemisferio izquierdo bajo tratamiento anticoagulante (Edoxaban). En la ecocardiografía transesofágica de control realizada al mes no se observa el dispositivo por lo que se realiza tomografía axial computarizada abdominal objetivándose la migración del mismo a aorta infrarrenal.

Material y método: Tras varios intentos fallidos de extracción endovascular del dispositivo en la sala de hemodinámica se decide intervención quirúrgica urgente por disección aórtica a ese nivel que se extiende hacia arteria iliaca común derecha provocando una isquemia arterial aguda. Se realiza aortotomía por laparotomía media con extracción de cuerpo extraño y plastia con parche de pericardio bovino corrigiéndose el defecto de la pared.

Comentarios: - El dispositivo Watchman posee una estructura de nitinol con un tapón de polietileno tereftalato y 10 anclajes de fijación. Éstos últimos son los que en contacto con la adventicia de la aorta provocaron la disección en la pared. - La migración del mismo pudo estar provocada por los saltos a ritmo sinusal que el paciente experimentaba ocasionalmente, y posiblemente ayudada, por la colocación del dispositivo a 10 mm del ostium sin llegar a cubrirlo.

PO-03.- RESECCIÓN DE PSEUDOANEURISMA DE ARTERIA CARÓTIDA INTERNA IZQUIERDA EXTRACRANEAL.

Viñán Robalino, Cristian Eduardo. Martín Cañuelo, Jorge. Galera Martínez, María Cristina. Manosalbas Rubio, Isabel María y Rodríguez Piñero, Manuel.
H. U. Puerta del Mar. Cádiz.

Introducción: La resección quirúrgica del aneurisma y pseudoaneurisma de arteria carótida está indicada en la mayoría de los casos ya que existe un muy alto riesgo de complicaciones cerebro - vasculares en pacientes tratados de forma conservadora.

Caso clínico: Mujer de 68 años de edad que es remitida a consulta externa de nuestro servicio desde otorrinolaringología por hallazgo de masa pulsátil a nivel cervical y odinofagia. La paciente niega traumatismos o infecciones previas y presenta como antecedentes: Hipertensión arterial, hipotiroidismo y dislipemia. A la exploración se palpa tumoración pulsátil en región retromandibular izquierda, resto de la exploración vascular normal. Se inicia estudio con realización de analítica completa y TAC que demuestra Pseudoaneurisma de carótida interna izquierda de 5 x 4.5 x 4.5 cm en ejes transversal? craneocaudal? anteroposterior.

Material y método: Se interviene a paciente de forma preferente realizando resección del pseudoaneurisma + anastomosis termino - terminal en bisel. El tiempo de clampaje fue de 30 minutos, con colocación de shunt. La paciente presentó una adecuada evolución, sin complicaciones por lo que fue dada de alta a los 3 días.

Comentarios: Los pseudoaneurismas de carótida representan una patología muy infrecuente, especialmente con las dimensiones que alcanzó en nuestro caso. Se decidió la resección quirúrgica al tratarse de un pseudoaneurisma grande que provocaba clínica de odinofagia y tener un elevado riesgo de embolismo. La alternativa de cirugía abierta con respecto a endovascular se tomó en base al bajo riesgo quirúrgico de la paciente y localización accesible. Los resultados fueron satisfactorios.

PO-04.- PARAGANGLIOMA VAGAL CARACTERÍSTICAS Y MANEJO TERAPÉUTICO.

Astudillo Reyes, Pedro Santiago; Galera Martínez, María Cristina; Evangelista Sánchez, Elisa M.: Manosalbas Rubio Isabel María y Rodríguez Piñero, Manuel.

H. U. Puerta del Mar. Cádiz.

Introducción: El paraganglioma vagal es una entidad rara, que se presenta entre la quinta y sexta década de la vida, más frecuente en mujeres. De origen neuroectodérmico, siendo benigno en la mayoría de situaciones pudiendo malignizar hasta en un 10 % de los casos.

Caso clínico: Mujer de 43 años, sin patologías crónicas asociadas, antecedentes quirúrgico hemitireoidectomía izquierda por hiperplasia nodular. Acude a CCEE de Cirugía Vasculard para valoración de nódulo cervical asintomático izquierdo. Aporta informe de AP sospecha de paraganglioma; no funcionante. A la exploración de TSA pulso sin soplos. Nódulo de 2 cm cervical izquierdo. Se solicita Angio RM y Angio TAC: Lesión pseudonodular fusiforme relación CCI y V yugular 34.5x 20.6x 20mm. Tras valoración por radiología intervencionista para embolización previa, se biopsia por la localización atípica del paraganglioma, confirmando el diagnóstico de paraganglioma.

Material y método: Se decide IQ donde se realiza incisión trasversal supraclavicular izquierda, se disecciona arteria carótida común izquierda, se localiza vena yugular y nervio vago con posterior control. Se realiza disección de paraganglioma que engloba al nervio vago y se decide sección del mismo. La paciente evoluciona favorablemente siendo dada de alta a los tres días sin presentar focalización neurológica, salvo leve disfonía.

Comentarios: El abordaje quirúrgico de los paragangliomas se puede realizar de una forma secuencial, realizándose embolización previa al acto quirúrgico, o directamente el abordaje quirúrgico en un primer tiempo, situación dada en nuestro caso por la localización accesible del tumor y el estudio correcto previo de localización, obteniéndose así resultados satisfactorios.

PO-05.- ABSCESO DE PSOAS ILIACO IZQUIERDO ASINTOMÁTICO EN PORTADOR DE ENDOPRÓTESIS AÓRTICA.

Muñoz Chimbo, A; Gómez Pizarro, L.; Bersabé Alonso, I.; Núñez de Arenas Baeza, G. y García León, A.

H. U. Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción: La infección endoprotésica es infrecuente, con incidencia del 0.2-07% y mortalidad del 36%. Causada por diseminación hematogena, erosiones mecánicas o problemas de sellado. Puede ocurrir, años tras

la cirugía. *Staphylococcus aureus* y *epidermidis* son los más frecuentes destacando cultivos negativos en algunas ocasiones.

Caso clínico: Varón de 71 años, exfumador, con cardiopatía isquémica revascularizada. Portador, seis años atrás, de endoprótesis aorto-bi-iliaco, por aneurisma aórtico infrarrenal de crecimiento rápido, que al año presentó un endoleak tipo II, de cierre espontáneo. Asintomático en todo momento, cinco meses atrás, en la tomografía se identifica colección retroperitoneal en psoas izquierdo, sin clara etiología, que en tres meses crece de tamaño (25x15x12 cm) e impresiona relacionarse con la endoprótesis. Se coloca un drenaje percutáneo, obteniendo 600 ml de secreción purulenta. Consecuentemente recibe antibioticoterapia parenteral (imipenem, linezolid y metronidazol), y mediante PET-TC, se estima captación patológica inflamatoria activa en la endoprótesis aorto-iliaca, psoas y hemipelvis izquierda. Se realiza laparotomía abdominal detectando colección purulenta dentro y fuera del saco aneurismático, efectuando desbridamiento, explante protésico, ligadura aórtica y de iliacas comunes, revascularización extra anatómica con bypass axilo bifemoral usando material impregnado en plata para la región femoral. A pesar de varios cultivos del absceso, endoprótesis y sanguíneos no se aisló ningún germen. Se mantiene asintomático y sin datos imagenológicos de complicación a 10 meses de seguimiento.

Comentarios: El absceso del psoas en ocasiones, es un hallazgo imagenológico; en portadores de endoinjertos es relevante descartarla como causal. En casos de contaminación extensa se realiza la escisión de la prótesis con reconstrucción extranatómica.

PO-06.- ESTIMULACIÓN DE BARORRECEPTORES CAROTÍDEOS PARA TRATAMIENTO DE HIPERTENSIÓN REFRACTARIA E INSUFICIENCIA CARDÍACA.

Pérez Vallecillos, Pablo; García Róspide, Vicente; López Espada, Cristina; Linares Palomino, José Patricio y Maldonado Fernández, Nicolás.

H. U. Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción: La hipertensión arterial es un problema de salud importante por su prevalencia y morbimortalidad asociada. Los efectos beneficiosos de los tratamientos antihipertensivos son incuestionables, a pesar de lo cual la población hipertensa controlada no supera el 50%, en el mejor de los casos. Hay pacientes hipertensos que no responden de forma adecuada a los tratamientos farmacológicos, que además pueden producir efectos secundarios no deseados. Exploramos el tratamiento con Barostim Neo, el primer dispositivo aprobado en EEUU que usa el poder cerebral y del sistema nervioso autónomo para tratar la enfermedad cardiovascular.

Caso clínico: Varón de 59 años con HTA de más de 20 años de evolución, mal controlada a pesar de tratamiento con 6 fármacos y denervación de ambas arterias renales 5 años antes, que redujo la hipertensión arterial transitoriamente. La colocación del dispositivo estimulador del seno carotídeo redujo las cifras de tensión arterial y frecuencia cardíaca ya desde su colocación, con un efecto mantenido, a los 3 meses la Presión Arterial media descendió 20mm Hg.

Material y método: Control de la Tensión Arterial (MAPA) antes y después de la implantación del dispositivo, conjuntamente con Frecuencia Cardíaca y seguimiento de la clínica de Insuficiencia Cardíaca, un año desde el implante.

Comentarios: Barostim reduce de manera efectiva la Tensión Arterial y mejora la Insuficiencia Cardíaca. También ha demostrado mejoría de la Calidad de Vida de forma objetiva (MLWHF QoL).

PO-07.- PSEUDOANEURISMA MICÓTICO DE ARTERIA FEMORAL SUPERFICIAL POR SALMONELLA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Hernández Parreño, María; Bersabé Alonso, Iratxe; Gómez Pizarro, Lara; Núñez de Arenas Baeza, Guillermo y García León, Andrés.

H. U. Nuestra Señora de Valme. Sevilla.

Introducción: El pseudoaneurisma micótico es una entidad que aparece tras la infección local invasiva de la pared arterial provocando una perforación de la misma. La infección primaria es rara, siendo la aorta la localización más frecuente. Aparece principalmente sobre placas ateroscleróticas, bifurcaciones y zonas aneurismáticas.

Caso clínico: Se trata de un varón de 61 años, fumador, bebedor, diabético tipo 2, hipertenso, dislipémico, con antecedentes de ictus isquémico y amputación infracondílea de miembro inferior derecho por pie diabético complicado que consulta en Urgencias en 2 ocasiones por dolor abdominal inespecífico e inflamación de miembro inferior derecho. Por hallazgo en hemocultivo de resultado positivo para Salmonella acude de nuevo a urgencias, objetivándose masa inguinal derecha pulsátil. En ecodoppler se objetiva pseudoaneurisma dependiente de arteria femoral superficial (AFS) y TVP poplítea. Se completa estudio con AngioTAC, que confirma el hallazgo ecográfico.

Material y método: Se opta por tratamiento quirúrgico mediante abordaje inguinal, evacuación del contenido y posterior ligadura de la AFS tras constatarse la rotura de la pared. Se realiza también desbridamiento de los tejidos blandos necrosados afectos. El paciente experimentó una mejoría progresiva tras antibioterapia dirigida con ciprofloxacino 500 mg/12h durante 6 semanas, numerosas curas en quirófano y colocación de terapia VAC.

Comentarios: El pseudoaneurisma micótico se asocia a estados de inmunosupresión. Su tratamiento pasa por el abordaje quirúrgico con desbridamiento de los tejidos y la ligadura de la arteria afecta con o sin realización de un bypass distal a la misma, prefiriéndose el uso de vena safena propia y localización extraanatómica para evitar la sobreinfección del mismo.

PO-08.- SÍNDROME DE CONGESTIÓN PÉLVICA Y SÍNDROME DE NUTCRACKER. QUÉ HACER?.

Vicente Jiménez, Sandra; Limón, Silvia; Pérez, Elena; Hipola, José y Fontcuberta, Juan.

H. U. La Zarzuela. Madrid.

Introducción: El síndrome de Nutcracker (NS) es una patología compresiva de la Vena Renal Izquierda (VRI) por la Arteria Mesentérica Superior causando dolor en el flanco y hematuria, debido al incremento de la presión en dicha vena. Algunos casos desarrollan circulación colateral en forma de varices pélvicas.

Caso clínico: Mujer de 20 años con clínica severa de dolor abdominal, y con congestión pélvica, tras descartar otras patologías. Realizamos flebografía confirmando NS con importante reflujo y dilatación de Vena Ovárica Izquierda (LOV). Dada la clínica de la paciente y la edad, planteamos la necesidad o no de colocación de stent en la Vena Renal y/o el tratamiento de varices pélvicas. Proponemos la realización de prueba de provocación: realizamos una toma de presiones en la VRI pre y post estenosis, obteniendo un gradiente de presión de

13 mmHg. Posteriormente, colocamos en LOV un balón de 7x40mm (Cook, Bloomington) dilatándolo entre 3-4 atm, obteniendo el gradiente renocava de 23 mmHg.

Material y método: Proponemos un test de provocación como algoritmo previo a colocación de stent renal y/o embolización con el objetivo de determinar si aquellas pacientes jóvenes con clínica predominantemente de congestión pélvica, si se procede a embolizar dichas varices, se produce un incremento en la presión de la VRI que provocaría mayor hipertensión en el parénquima renal y/o aparición de hematuria o dolor en el flanco.

Comentarios: Por lo que no sería recomendable el tratamiento aislado de las mismas, sino la combinación con stent en la Vena renal o no tratamiento hasta cumplir deseos gestacionales.

PO-09.- ANEURISMA VERDADERO DE ARTERIA HUMERAL TRAS FÍSTULA ARTERIOVENOSA PARA HEMODIÁLISIS: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Galera Martínez, M. Cristina; Craven-Bartle Coll, Antonella; Manosalbas Rubio, Isabel M; Navarro Garre, Marina y Rodríguez Piñero, Manuel.

H. U. Puerta del Mar. Cádiz.

Introducción: La degeneración aneurismática de la arteria humeral es una entidad infrecuente. Se ha descrito su asociación a pacientes portadores de fístula arteriovenosa para hemodiálisis, jugando también un papel en ello el antecedente de trasplante renal y el tratamiento inmunosupresor.

Caso clínico: Mujer de 65 años, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, insuficiencia aórtica, trasplante renal y ligadura de fístula arteriovenosa humerocefálica hiperdesarrollada en miembro superior izquierdo hace 4 años. Derivada a consulta nuevamente por dolor en cara interna de brazo, asociado a abultamiento de crecimiento progresivo a nivel de cirugía previa. A la exploración presenta una masa pulsátil en cara interna de brazo y otra en axila, con pulsos distales conservados. Mediante eco-doppler se describen dos pseudoaneurismas humerales. Decidimos confirmación mediante angiogramografía computarizada (AngioTC), observando ectasia completa de la arteria humeral con diámetro máximo de 5cm y presencia de tortuosidad; distalmente, arteria radial y cubital permeables. Optamos por resección aneurismática e interposición axilo-humeral con vena basilíca invertida bajo anestesia general. La evolución postoperatoria fue favorable, con permeabilidad del bypass durante el seguimiento, aunque la paciente desarrolló linfedema de miembro superior.

Comentarios: En pacientes con ligadura de fístula arteriovenosa por hiperdesarrollo, la detección de múltiples dilataciones de nueva aparición tras un lapso de tiempo de varios años, podría hacer sospechar un aneurisma verdadero de arteria humeral. El AngioTC resulta útil para la confirmación diagnóstica y el enfoque terapéutico, siendo la interposición venosa una opción factible en estos pacientes.

PO-10.- TUMOR GLÓMICO EN TERRITORIO ATÍPICO.

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

H. U. San Cecilio. Granada.

Introducción: Los tumores glómicos son neoplasias benignas raras procedentes de células derivadas de la cresta neural y con posibilidad de secreción catecolaminérgica. Los más frecuentes se localizan en abdomen y tórax, aunque también se describen en localizaciones atípicas.

Caso clínico: Paciente varón, de 27 años, intervenido de 4 lipomas y 1 angiomiolipoma, sin otra patología de interés. Desde hace 4 años, tumoración en cara posterior de pierna derecha que le ocasiona molestias. - Rx: Lesión calcificada. - Ecografía: Lesión hipoecogénica de 13 mm, con flujo en su interior. - RMN: Imagen hiperintensa en T2, alta probabilidad de malformación arterio-venosa. Resección de la masa por parte de Cirugía Vascul, observando tumoración proveniente de vena safena externa (VSE), la cual se reseca junto al tumor. Resultado de anatomía patológica mostrando tumor glómico benigno de VSE. Se solicita estudio de extensión con eco-doppler de carótidas (normal), estudio analítico de metanefrinas (normal) y gammagrafía (captación a nivel de tobillo izquierdo). Se realiza ecografía de tobillo izquierdo observando nueva masa con flujo en su interior. Actualmente pendiente de tratamiento de dicha masa.

Material y método: Presentación de caso clínico

Comentarios: Es importante realizar un adecuado estudio de estos pacientes dada la alta probabilidad de presentar tumores sincrónicos y metacrónicos, así como la necesidad de descartar alteraciones endocrinológicas. A pesar de su benignidad como tumores, pueden tener un gran crecimiento y así, ser localmente agresivos. Esto justifica la necesidad de tratamiento en la mayoría de ocasiones.

PO-11.- TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE FÍSTULA AORTOENTÉRICA PRIMARIA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Abad Gómez, David Esteban, Ros Vidal, Rafael, Fernández Herrera, Jerónimo Antonio, Agudo Montore, Marina y Salmerón Febres, Luis Miguel.
H. U. San Cecilio. Granada.

Introducción: La fístula aortoentérica se define como la comunicación anormal de la luz de la aorta y el tubo digestivo. Se clasifican en primarias (FAEP), cuando existe la comunicación entre un Aneurisma de Aorta Abdominal (AAA) y el intestino delgado, o secundarias (FAES), en relación con cualquier cirugía de reparación aórtica previa. Es una patología rara con una incidencia.

Caso clínico: Paciente de 80 años con antecedente de AAA, ingresado en la UCI por cuadro de hemorragia digestiva alta e inestabilidad hemodinámica con diagnóstico de Fístula Aortoentérica Primaria. Se realizó reparación endovascular con colocación de endoprótesis aorto-monoiliaca izquierda y by pass fémoro-femoral cruzado, antibiótico de amplio espectro por un mes y seguimiento estrecho en consulta con evolución favorable.

Material y método: Caso clínico.

Comentarios: El tratamiento quirúrgico con interposición del injerto, desbridamiento del retroperitoneo y corrección del defecto en el tubo digestivo es el tratamiento de elección. Actualmente existe la posibilidad de reparación endovascular: indicada como terapia puente en pacientes inestables hasta la corrección definitiva o una opción terapéutica en pacientes frágiles con poca esperanza de vida. A pesar de un tratamiento oportuno la fístula aortentérica tiene una elevada mortalidad quirúrgica (36%) y general (86%).

PO-12.- TRATAMIENTO DE AORTA COMPLEJA: PRIMER AÑO DE EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.

Quintero Pérez, Claudia; García-De Vargas, Antonio; Manresa Manresa, Francisco; Mengibar Fuentes, Lucas y Bataller de Juan, Enriqueta.
H. U. Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: El tratamiento de aorta complejas en el que incluimos los aneurismas con afectación de vasos viscerales sigue siendo un reto para nuestra especialidad. El tratamiento endovascular de AAA ha experimentado un crecimiento exponencial convirtiéndose en la técnica de elección en la mayoría de los casos.

Material y método: Describir experiencia inicial en tratamiento de aorta compleja endovascular con una corta serie de casos en el último año (12/18/-10/18). Tres casos de AAA visceral de los cuales un caso con cuatro fenestraciones (Terumo Aortic®, Anaconda Fenestrated) y dos casos con tres fenestraciones (un caso de Cook Medical®, Zenith Fenestrated y otro Terumo Aortic®, Anaconda Fenestrated) y un paciente con endofuga tipo la con crecimiento del saco tratado con cuff proximal fenestrado para dos vasos (Terumo Aortic®). El tiempo operatorio medio fueron 190 minutos y el contraste usado medio 102 cc. Estancia en UCI media de 1.2 días y estancia hospitalaria de 7 días. Los controles a tres meses fueron satisfactorios (permeabilidad de vasos, no endofugas y función renal normal). Actualmente a expensas de segundos controles.

Comentarios: El desarrollo y avance de la técnica endovascular junto con una adecuada selección, indicación y estudios de los casos permite el tratamiento de endovascular AAA visceral y de las complicaciones del mismo con más seguridad y menor comorbilidad (aún en fases iniciales del uso de la técnica).