

## II MESA DE COMUNICACIONES PÓSTER

Viernes, 29 de noviembre.

**Moderadores:** Dra. Antonella Craven y Dr. José Damian Herrera

### PO-13.- DISECCIÓN CRÓNICA Y ANEURISMA TORACOABDOMINAL EN PACIENTE CON SÍNDROME DE LOEYS-DIETZ: CIRUGÍA HÍBRIDA SECUENCIAL.

Paluso Montero, Alexia Victoria; Martínez López, Isaac; Hernández Mateo, Manuela y Serrano Hernando, Javier.  
*H. U. Clínico San Carlos. Madrid.*

**Introducción:** El síndrome de Loews-Dietz (SLD) es una conectivopatía caracterizada por afectación aórtica mediante disección y/o dilatación aneurismática. Presentamos el caso de un paciente con aneurisma toracoabdominal (ATA) tipo II secundario a disección crónica tratado mediante cirugía híbrida.

**Caso clínico:** Varón de 36 años con SLD derivado a nuestro centro para reparación de ATA tipo II, intervenido en otro centro en 2014 por disección tipo A mediante sustitución de aorta ascendente y en 2018 por degeneración aneurismática del arco mediante prótesis híbrida Thoraflex con extremo distal abocado en la luz falsa (LF). En TAC se evidencia ATA tipo II de 66 mm secundario a disección crónica con elongación severa de la aorta torácica y colapso de la luz verdadera (LV) en tercio medio. Ante los hallazgos se decide cirugía híbrida secuencial.

**Material y método:** En un primer tiempo se realiza TEVAR. No es posible progresar a través de LV por lo que se realiza fenestración en aorta torácica distal, 3 cm proximal a TC. Extensión de Thoraflex previa en LF con dos endoprótesis hasta aorta torácica previa a la fenestración. En un segundo tiempo, sustitución de aorta toracoabdominal hasta la bifurcación aórtica con sutura prótesis-endoprótesis y reimplante en pastilla de TC, AMS Y ARD. La evolución postoperatoria es satisfactoria, sin isquemia medular ni insuficiencia renal. En TAC control, fuga tipo 2 dependiente de subclavia izquierda con crecimiento de la aorta. Se realiza embolización de subclavia prevertebral con coils, con buen resultado.

**Comentarios:** La reparación de la aorta toracoabdominal mediante cirugía híbrida secuencial ofrece buenos resultados, minimizando complicaciones pulmonares y riesgo de isquemia medular.

### PO-14.- ISQUEMIA REITERADA DE MIEMBROS INFERIORES TRAS EVAR SIN FOCO DETECTABLE. UN CASO PECULIAR.

Baturone Blanco, Adriana. Martín Conejero, Antonio. Plá Sánchez, Ferrán. Uclés Cabeza, Óscar y Serrano Hernando, Francisco Javier.

*H. C. San Carlos. Madrid.*

**Introducción:** La incidencia de trombo intraprotésico post-EVAR puede alcanzar hasta el 33%. Pese a su frecuencia, no están firmemente establecidas las implicaciones clínicas de dicho hallazgo ni su manejo terapéutico.

**Caso clínico:** Varón de 62 años con aneurisma de aorta abdominal asintomático de 55mm. Es intervenido mediante EVAR aortobiiliaco a petición del paciente, siendo dado de alta sin incidencias. Tras la cirugía, presenta las siguientes complicaciones: ? A los 3 meses, oclusión de rama izquierda: bypass femoro-femoral cruzado en otro centro. ? A los 5 meses, isquemia aguda de miembro inferior derecho: embolectomía poplítea-infrapoplítea. ? A los 6 meses, isquemia subaguda de miembro inferior derecho: trombectomía femoropoplítea. ? A los 10 meses, nuevo episodio isquémico de miembro inferior derecho: embolectomía poplítea y endarterectomía femoral. ? Al año, comienza con claudicación izquierda a cortas distancias.

**Material y método:** En ninguna de las pruebas de imagen realizadas durante estos episodios se visualizan alteraciones, salvo en la última efectuada al año del EVAR, en la que se evidencia trombo intraprotésico en la rama derecha. El estudio de foco embolígeno y trombofilia resultan negativos. Dada la ausencia de otra etiología y tras 5 episodios isquémicos, se decide explantar la endoprótesis y sustituirla por un bypass aortoiliofemoral. Tras 18 meses de seguimiento, el paciente no ha vuelto a presentar ninguna complicación isquémica.

**Comentarios:** Es excepcional tener que realizar el explante de la endoprótesis por complicaciones isquémicas tras EVAR. La presencia de eventos isquémicos reiterados con evidencia de trombo intraprotésico hace sospechar el EVAR como principal fuente de embolia y plantear su explante como tratamiento definitivo.

### PO-15.- UTILIDAD DE LA RECONSTRUCCIÓN ANATÓMICA CON PRÓTESIS BIOLÓGICA EN INFECCIÓN PROTÉSICA DE BYPASS AORTOBIFEMORAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Reina Barrera, Julio. Martín Conejero, Antonio. Uclés Cabeza, Óscar. Pla Sánchez, Ferrán y Serrano Hernando, Francisco Javier.

*H. C. San Carlos. Madrid.*

**Introducción:** La infección protésica del bypass aortobifemoral es una entidad con elevada morbimortalidad a pesar del tratamiento médico-quirúrgico adecuado. En algunos casos publicados se considera la utilidad de las prótesis biológicas en el tratamiento de estos cuadros complejos.

**Caso clínico:** Varón de 73 años intervenido en 2009 por isquemia crónica grado IIB, realizándose un bypass aortobifemoral con Dacron 14x7mm (anastomosis proximal terminolateral y distal terminolateral a arteria femoral común bilateral) y reintervención en 2018 por fracaso hemodinámico de

rama derecha, realizándose extensión distal a anastomosis previa. Tres meses después, presenta sinus inguinal derecho con exudado purulento, cultivos negativos y angioTC con imagen de colecciones periprotésicas en ambas ramas que condicionan obstrucción ureteral bilateral. El PET-TC confirma hallazgos sugerentes de proceso infeccioso a nivel del tercio medio-distal de ambas ramas sin signos inflamatorios/infecciosos de cuerpo protésico y origen de ramas. Urología implanta catéter doble J bilateral.

**Material y método:** Intervenido en abril de 2019, se decide explante protésico y reconstrucción anatómica, sustituyéndose ambas ramas protésicas de bypass aortobifemoral por prótesis de Omniflow II. Cultivo intraoperatorio positivo para *Staphylococcus Capitis*. Tras la intervención, presentó dehiscencia de abordaje femoral izquierdo, con abundante exudado de probable origen urinario, resuelto tras implantación de terapia VAC y nefrostomía. Dado de alta afebril, con procedimiento permeable y abordaje femoral izquierdo en vías de cicatrización, completando seis semanas de tratamiento dirigido con Meropenem y Daptomicina. Actualmente, el paciente se encuentra asintomático, sin nuevas incidencias clínicas.

**Comentarios:** La retirada protésica y posterior reconstrucción anatómica con injertos biológicos puede ser una alternativa útil frente a otros tratamientos clásicamente establecidos.

#### **PO-16 HEMOPTISIS SECUNDARIA A FISTULA AORTOBRONQUIAL EN PACIENTE CON ANEURISMA MICOTICO DE AORTA TORÁCICA TRATADO CON TEVAR.**

García de Vargas, Antonio. Aragón Roper, Pablo. Quintero Pérez, Claudia. Manresa Manresa, Francisco y Mengibar Fuentes, Lucas.

*H. U. Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Introducción:** Los aneurismas de aorta torácica pueden provocar síntomas por compresión de estructuras adyacentes siendo la principal complicación la rotura. El riesgo de rotura en aneurismas micóticos saculares es cinco veces mayor. Describimos una complicación atípica de aneurisma de aorta torácica micótico roto fistulizado a árbol bronquial con una incidencia menor al 0.5% y tasa de mortalidad de 30-70%.

**Caso clínico:** Varón de 46 años, VIH con episodios de hemoptisis. TAC de tórax se objetiva úlcera penetrante en la pared lateral de aorta torácica descendente y aneurisma sacular de aproximadamente 4 cm con rotura contenida en relación con bronquio izquierdo. Se interviene de urgencia, implantándose endoprótesis torácica Excluder® (Gore) 37x150 distal a arteria subclavia. En control arteriográfico inmediato objetivamos exclusión aneurismática sin endofuga y permeabilidad de arteria subclavia izquierda. En postoperatorio el paciente evoluciona satisfactoriamente, sin fiebre y cese de hemoptisis. Solicitamos PET-TAC objetivándose actividad inflamatoria en aorta torácica corroborando la sospecha de aneurisma micótico. Realizamos fibrobroncoscopia que no es concluyente para diagnóstico de fistula aortobronquial sin descartar ulceración por decúbito que justificaría la hemoptisis.

**Material y método:** Recogido en apartado anterior

**Comentarios:** Los aneurismas micóticos tienen un elevado riesgo de ruptura. El tratamiento de estos aneurismas supone una controversia en cuanto al uso de material protésico en paciente con aortitis. En casos de extrema gravedad y urgencias el uso de una técnica sencilla y segura como el TEVAR está justificado. Las úlceras aortobronquial son una complicación infrecuente de aneurisma torácico que puede beneficiarse de este tratamiento endovascular.

#### **PO-17.- ANGIOEMBOLIZACIÓN HEPÁTICA TRAS TRAUMATISMO ABDOMINAL PENETRANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Bersabé Alonso, Iratxe. Gómez Pizarro, Lara. Moreno Machuca, Francisco Javier. López Lafuente, José Enrique y García León, Andrés.

*H. U. Virgen de Valme. Sevilla.*

**Introducción:** Presentamos nuestra experiencia con el manejo de hemorragia hepática secundaria a traumatismo por arma blanca mediante embolización. El hígado es el segundo órgano más afectado por traumatismo abdominal. Un 5% de los pacientes politraumatizados presentan traumatismo hepático (TH), siendo susceptibles a lesiones tanto contusas como penetrantes, las primeras más frecuentes. La angiembolización entra en juego cuando existe una hemorragia activa que pone en peligro la estabilidad y recuperación del paciente.

**Caso clínico:** Varón de 23 años que sufrió traumatismo toracoabdominal penetrante. Ingresa hemodinámicamente estable, eupneico, con discreta distensión de abdomen, blando y depresible e intenso dolor en epigastrio. Se realiza de forma urgente analítica completa con parámetros normales excepto por leucocitosis, radiografía de tórax sin imágenes anómalas y angio-TC toracoabdominal objetivándose laceración con fuga de contraste en lóbulo hepático derecho junto a abundante hemoperitoneo.

**Material y método:** Se realiza angiografía confirmando fuga de contraste de rama arterial que irriga el segmento VII hepático. Mediante punción femoral retrógrada se procede a la cateterización supraseductiva de tal rama y posterior embolización de la misma con un Hydrocoil Azur 2mmx4cm. Posterior control angiográfico exitoso sin observarse sangrado activo.

**Comentarios:** El tratamiento de elección de TH es el conservador siempre y cuando exista estabilidad hemodinámica y no haya lesión de víscera hueca ni irritación peritoneal. La angiembolización se ha convertido en un pilar en el tratamiento de TH que asocia hemorragia activa siendo una técnica mínimamente invasiva que permite el control de tal hemorragia evitando realización de cirugía mayor para abordar muchos de estos casos.

#### **PO-18.-STENTING VENOSO COMO TRATAMIENTO DE SÍNDROME POSTROMBÓTICO TRAS TROMBOSIS VENOSA ILEOFEMORAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Moreno Reina, Ana; Martínez Gámez, Francisco Javier; Herrero Martínez, Elena y Galán Zafra, Moisés.

*C. H. Médico-Quirúrgico. Jaén.*

**Introducción:** El síndrome postrombótico es frecuente (20-70%) en personas que sufren una trombosis venosa profunda, suponiendo un importante menoscabo en la calidad de vida. La obstrucción venosa del sector ilio-femoral son más sintomáticas debido a una compensación hemodinámica menor, condicionando mayor hipertensión venosa y riesgo de síndrome postrombótico severo. La recanalización endovascular es considerada hoy día como una opción terapéutica en casos refractarios a tratamiento conservador.

**Caso clínico:** Mujer de 37 años con antecedente de trombosis venosa ilio-femoro-poplitea derecha, con desarrollo posterior de síndrome postrombótico severo (edema y claudicación venosa) con escasa mejoría pese a anticoagulación y terapia compresiva. En ecodoppler de control se objetiva recanalización completa de vena poplítea y femoral, así como de cayado safeno-femoral y porción proximal de safena interna.

**Material y método:** Bajo punción ecoguiada de vena safena interna derecha y femoral izquierda se realiza flebografía diagnóstica objetivándose oclusión de sector ilio-femoral. Se procede a recanalización de las lesiones y control posterior con IVUS valorándose la longitud, extensión y diámetro de las lesiones. Tras predilataciones sucesivas con balones de alta presión de 4-8-12 mm, se procede a implante de Stents autoexpandibles (Sinus-venous stent en sector iliaco:14mm en iliaca común y 12mm en iliaca externa; Stent venoso de 12x40mm en VFC) con buen resultado final comprobado mediante IVUS y flebografía. Evolución posterior favorable con mejoría clínica y conservándose permeabilidad del procedimiento.

**Comentarios:** El stenting venoso ilio-femoral es considerado hoy día una opción terapéutica efectiva y segura para el síndrome posttrombótico severo refractario a manejo conservador.

#### **PO-19.- PRESENTACIÓN DE UN CASO DE ACCESO FEMORAL COMPLICADO CON ACODAMIENTO Y ATRAPAMIENTO DEL CABLE GUÍA.**

Serrano Martínez, J.L.; Maldonado Fernández, N.; López Espada, C.; Linares Palomino, J.P. y García Róspide, V.  
*H. U. Virgen de las Nieves. Granada.*

**Introducción:** La colocación de un catéter venoso central es muy frecuente en nuestros hospitales. El manejo del cable guía origina complicaciones: embolización, torceduras, bucles, nudos. Presentamos el caso de un atrapamiento del cable guía durante la canalización de una vena femoral y las maniobras que permitieron resolver el problema.

**Caso clínico:** Varón de 67 años ingresado en UCI en el postoperatorio de una peritonitis fecaloidea por perforación de sigma. Precisaba hemodiálisis y se indicó la colocación de un catéter tipo Shaldon mediante la técnica de Seldinger. Tras varios intentos para avanzar el catéter no se pudo lograr, además había una hemorragia venosa en la zona de punción y la guía metálica había quedado atrapada sin poder moverse. Una ecografía confirmó que la guía estaba dentro del vaso y una radiografía simple mostró que presentaba un bucle y un acodamiento en la vena femoral. La introducción de un dilataador y una manipulación más firme y suave pudo reducir el bucle, retirar la guía dañana, sustituirla por una nueva y colocar el catéter.

**Comentarios:** El atrapamiento de la guía metálica es una complicación poco documentada. Durante la colocación de un catéter venoso central los movimientos deben de ser suaves y no se debe de forzar la introducción de la guía, los introductores o el catéter cuando se nota mayor resistencia de la normal. Hay que evitar los movimientos bruscos y la retirada a ciegas de una guía que ha quedado atrapada. Es recomendable la colaboración entre especialidades para resolver el problema.

#### **PO-20.- TROMBOSIS AGUDA DE ARTERIAS VISCERALES COMO COMPLICACIÓN POSTOPERATORIA DE LA TERAPIA ENDOVASCULAR DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL INFRARRENAL.**

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

**Introducción:** La trombosis de arterias viscerales supone una complicación inherente a los procedimientos endovasculares de aorta abdominal con fijación suprarrenal. Su diagnóstico y tratamiento precoz es clave para garantizar la viabilidad visceral y el pronóstico del paciente.

**Caso clínico:** Varón de 75 años con isquemia crónica de miembros inferiores (estadio IIB limitante), aneurisma de aorta abdominal infrarrenal en rango quirúrgico asintomático, calcificación aórtica y estenosis de ramas viscerales, intervenido de forma programada mediante implante de endoprótesis aórtica tipoOvation y recanalización de femoral superficial izquierda mediante stent Supera. Sin complicaciones en postoperatorio inmediato procediéndose al alta a las 48horas.

**Material y método:** Al tercer día tras su alta, acude por dolor abdominal de 48 horas de evolución, se realiza angioTAC urgente objetivándose trombosis en origen de arteria mesentérica superior y estenosis crítica de tronco celiaco. Es intervenido forma urgente procediéndose, mediante anestesia general y abordaje percutáneo humeral izquierdo, a la revascularización mediante implante de stent balón-expandible de6x18mm en el origen de tronco celiaco y mesentérica superior, prolongándose en este último con stent recubierto Roadsaver de7x25mm con buen resultado angiográfico final. Pese a revascularización, durante el postoperatorio inmediato presenta reagudización del dolor, por lo que se practica nuevo angioTC confirmando la permeabilidad de dichos stents, pero presentando signos de sufrimiento de asas, por ello es valorado por cirugía general precisando resección parcial de las mismas.

**Comentarios:** La trombosis de arterias viscerales es una complicación grave a considerar en pacientes con lesiones previas de dichos vasos sometidos procedimientos endovasculares de aorta con fijación suprarrenal, debiéndose considerar incluso tratamiento profiláctico de dichas lesiones.

#### **PO-21.- MIGRACIÓN DE UN DISPOSITIVO OCLUSOR SEPTAL AMPLATZER HASTA LA AORTA ABDOMINAL RECUPERADO MEDIANTE CIRUGÍA CONVENCIONAL.**

Maldonado Fernández, N.; López Espada, C.; Linares Palomino, J.P.; Pérez Vallecillos, P. y García Róspide V.  
*H. U. Virgen de las Nieves. Granada.*

**Introducción:** Los defectos estructurales del corazón secundarios a malformaciones congénitas han sido reparados habitualmente mediante cirugía cardíaca. La tecnología endovascular permite realizar esas reparaciones con menos complicaciones y con una mejor recuperación. Sin embargo la terapia endovascular se acompaña de casos de muerte, dislocación y embolización del dispositivo, arritmias y otras complicaciones menores. Presentamos el caso de una migración del dispositivo oclusor amplatzer hasta la aorta abdominal y su recuperación quirúrgica.

**Caso clínico:** Un niño de 10 años con una comunicación interauricular tipo ostium secundum que fue intervenido en nuestro centro. Los cardiólogos resolvieron el problema mediante la colocación endovascular de un dispositivo amplatzer. El estudio de control ecográfico a las 24 horas mostró la pérdida del oclusor. Un angioTAC mostró la migración del amplatzer hasta la aorta abdominal.

Inicialmente se intentó un rescate endovascular que no fue efectivo. Nuestro equipo realizó una laparotomía media, control de la aorta abdominalproximal a las arteria renales, control de las arterias renales y de la aorta infrarrenal. Realizamos una arteriotomía transversa y se procedió a la extracción del material. Posteriormente se cerró la arteriotomía con puntos sueltos. La evolución postoperatoria cursó sin complicaciones.

**Comentarios:** La mayoría de las migraciones y embolizaciones de los dispositivos para cerrar las comunicaciones interauriculares se producen intracardiacas. Aunque la embolización de la aorta abdominal solo se informa esporádicamente, podría representar un posible desastre vascular. La recuperación percutánea del oclusor es recomendable en la actualidad, siendo la cirugía convencional el tratamiento definitivo en caso de fracaso.

### PO-22.- ENFERMEDAD QUÍSTICA ADVENTICIAL DE LA ARTERIA Y VENA POPLITEA EN PACIENTE TRATADO CON INJERTO DE VENA SAFENA EXTERNA: REPORTE DE UN CASO.

Navarro Garre, Marina; Galera Martínez, Cristina; Manolsabas Rubio Isabel M; Doiz Artacozy y Rodríguez Piñero, Manuel.

H. U. Puerta del Mar. Cádiz.

**Introducción:** La enfermedad quística adventicial (ACD) es una enfermedad rara dentro del diagnóstico diferencial de la arteriopatía no arterioesclerótica, con localización más frecuente en la arteria poplitea a nivel de los miembros inferiores (MMII). Presentamos un caso clínico.

**Caso clínico:** Varón de 48 años de edad, con antecedentes de tabaquismo. Acude a Consulta por historia de claudicación intermitente gemelar derecha a 150 metros, de aparición brusca, de 6 meses de evolución. No dolor de reposo. A la exploración física pulsos presentes en ambos MMII. ITB MID normal en reposo y 0.53 tras ejercicio con palidez y frialdad. Signo de Ishikawa positivo. Eco Doppler: imagen quística bilobulada en arteria y vena poplitea con estenosis. AngioTC y angioRM MMII: imagen polilobulada en 2ª porción poplitea de 27,6x20,3 mm de diámetro máximo. Estenosis significativa significativa en arteria y vena poplitea a ese nivel. Ejes distales permeables. Cirugía programada en decúbito prono. Se visualizan dos formaciones quísticas bilobuladas a nivel de arteria y vena poplitea. Se realiza resección y bypass corto popliteo-popliteo con vena safena invertida y escisión de quistes venosos. Biopsia confirma diagnóstico de ACD. Alta con antiagregación plaquetaria. Seguimiento en consulta externa sin claudicación.

**Comentarios:** ACD es una enfermedad infrecuente caracterizada por la presencia de quistes mucinosos en la adventicia arterial y venosa produciendo estenosis. Debe sospecharse en pacientes jóvenes con claudicación intermitente. Para el diagnóstico se recomienda la eco Doppler, la RMN y angioTC. La cirugía mediante resección y bypass es la técnica de elección si lesión arterial. El uso de técnicas endovasculares es controvertido.

### PO-23.- HEMATOMA MEDIASTÍNICO EXPONTÁNEO COMO CASUA DE DOLOR TORÁCICO INFRECUENTE TRAS COLOCACIÓN DE ENDOPRÓTESIS FENESTRADA.

Láinez Rube, Rocío; Rodríguez Carvajal, Rubén, Hernández Carbonell, Teresa y Gallardo Pedrajas, Fernando.

IVEI- H. Quirón Campo de Gibraltar. Marbella.

**Objetivo:** Presentamos un caso de hematoma mediastínico espontáneo tras tratamiento endovascular con endoprótesis fenestrada de aneurisma de aortasuprarrenal.

**Material y método:** Caso clínico.

**Resultados:** Presentamos a un paciente de 70 años con antecedentes de embolia pulmonar masiva después una de TVP derecha. Hallazgo casual en TAC de control a los 6 meses de la EP de un aneurisma aórtico suprarrenal de 56 mm que afectaba a arterias renales, mesentérica superior y tronco celiaco. Realizamos tratamiento endovascular mediante colocación percutánea bilateral de endoprótesis Zenith Cook con 4 fenestraciones. La canalización del tronco celiaco precisó angioplastia previa del ostium debido a la estenosis focal y su cateterización se complicó por la angulación de la arteria con respecto a la aorta. Control angiográfico final con excelente perfusión visceral y sin endofugas. 48h del procedimiento, el paciente presentó dolor centrotorácico y disfagia. Se realizó un primer angioTAC y se visualizó un hematoma mediastínico autolimitado. En AngioTACs posteriores no se observaron extravasación de contraste ni conexión alguna a nivel arterial que justificara el sangrado. Estable hemodinámicamente, mantuvimos actitud conservadora.

**Conclusiones:** En la revisión bibliográfica no existe ningún caso reportado de hematoma mediastínico espontáneo tras la realización de tratamiento endovascular del aneurisma de aorta. Las causas más frecuentes están en relación con rotura de disección tipo B y de aneurismas de arterias bronquiales. Creemos que la inicial manipulación del ostium del TC, pudo conllevar de alguna forma a la perforación de una de las ramas ascendentes del tronco celiaco y provocar un hematoma limitado en la región mediastínica. Hallazgo a tener en cuenta tras este tipo de tratamiento.