



E-POSTERS

AORTO-ILIACO

P 17. INFECCIÓN DE ENDOPRÓTESIS AÓRTICA INFRARRENAL POR *LISTERIA MONOCYTOGENES*: A PROPÓSITO DE UN CASO

Nieves Aleicel Concepción Rodríguez, Marta Gutiérrez Nistal, Beatriz Martínez Turégano, Teresa Hernández Ruiz, Jennifer Mondragón Zamora, Álvaro Fernández Heredero
Hospital Universitario La Paz. Madrid

Objetivos: La infección de una prótesis endovascular aórtica es una complicación rara y grave. Los microorganismos implicados en la mayoría de los casos son el *Staphylococcus aureus*, la *Escherichia coli*, el *Enterococci*, el *Streptococci*, la *Salmonella* y otros bacilos gran negativos aerobios. Son muy pocos los casos reportados en la literatura de infección por otros gérmenes como *Listeria monocytogenes*.

Pacientes (o material): Presentamos a un paciente varón de 67 años de edad que acudió al servicio de urgencias por febrícula, dolor abdominal y lumbar, astenia y pérdida de 8 kg de peso en 15 días. Como antecedente destacaba el implante de una endoprótesis bifurcada por aneurisma de aorta abdominal no complicado 6 meses antes.

Metodología: En angio-TC aórtico de urgencia se evidenció proceso infeccioso periaórtico con colecciones abscesificadas adyacentes y en el interior del saco aneurismático, excluido por la endoprótesis aórtica. El paciente fue intervenido de urgencia realizándose separación de plastrón inflamatorio y divertículos de asa de yeyuno, resección en bloque de saco aneurismático y endoprótesis aórtica bifurcada, drenaje de colecciones peritoneales y *bypass* extra-anatómico axilo-bifemoral. En los cultivos del trombo del interior del saco, de la endoprótesis y de las colecciones intraabdominales, se aisló *Listeria monocytogenes* y *Staphylococcus epidermidis*.

Resultados y conclusiones: La *Listeria monocytogenes* es un patógeno poco frecuente que se encuentra en el 5% de la flora fecal de individuos sanos. En pacientes inmunocompetentes la infección no es invasiva y ocasiona un cuadro similar a una diarrea febril; pero en neonatos, embarazadas, ancianos y pacientes inmunodeprimidos el bacilo podría diseminarse y ocasionar cuadros de sepsis, meningoencefalitis y endocarditis. La afectación de arterias nativas o de prótesis vasculares es extremadamente rara, hasta la fecha solo se han publicado dos casos de endoprótesis aórticas infectadas por *Listeria*, y tiende a ser persistente y recurrente. Un adecuado diagnóstico microbiológico y un tratamiento precoz, tanto médico como quirúrgico, son fundamentales para su adecuado control.

P 46. TROMBOSIS DE BYPASS AORTO-BIFEMORAL: RESCATE MEDIANTE TROMBECTOMÍA MECÁNICA CON CATÉTER ROTAREX®S

Joel Alberto Padrón Espínola, Cristina Santoyo Villalba, Irene Calderín Pérez, Rosa Delia López Pérez, Guido Volo Pérez
Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín.
Las Palmas de Gran Canaria

Objetivos: Se presenta un caso de trombectomía de *bypass* aorto-bifemoral mediante catéter Rotarex®S realizado en el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular de nuestro hospital.

Pacientes (o material): Varón de 55 años con antecedentes médicos de hipertensión y tabaquismo activo; y quirúrgicos de *bypass* aorto-bifemoral hace 4 años por síndrome de Leriche. El paciente refiere dolor de reposo en miembro inferior de izquierdo de pocas semanas de evolución. Además, previamente presentaba claudicación intermitente en ambos miembros inferiores de pocos meses de evolución.

A la exploración vascular en miembros inferiores, ausencia de pulsos a todos los niveles con ITB (TP) de 0,4 bilateral, asociando eritrosis en miembro inferior izquierdo. En angio-TC se objetiva trombosis de *bypass* aorto-bifemoral sin estenosis significativa en el sector fémoro-poplíteo ni distal.

Metodología: El paciente es intervenido de forma programada y mediante redisección de ambas ramas a nivel femoral se realiza trombectomía mecánica mediante catéter Rotarex®S 10F. Además se implanta *stent* cubierto a nivel de anastomosis proximal y en el trayecto de ambas ramas del *bypass*. El paciente recupera pulsos distales en ambos miembros inferiores en el posoperatorio inmediato. Durante el seguimiento presenta infección de herida quirúrgica Szilagyi I, requiriendo ingreso para antibioterapia intravenosa. Actualmente, el paciente se encuentra asintomático y en tratamiento con doble antiagregación.

Resultados y conclusiones:

1. La oclusión de *bypass* en paciente con isquemia crítica en miembros inferiores es un verdadero reto para el cirujano vascular, ya que presenta una tasa importante de pérdida de la extremidad.
2. Ante la trombosis de *bypass* aorto-bifemoral existen varias opciones quirúrgicas: trombectomía clásica con balón, realización de nuevo *bypass* aorto-bifemoral (a tener en cuenta la redisección y abdomen hostil por cirugía previa), realización de *bypass* extra-anatómico.
3. Otra opción de rescate sería el tratamiento endovascular mediante catéter de trombectomía. Hay que tener en cuenta que mediante el procedimiento se pueden tratar posibles causas de trombosis (hiperplasia a nivel de las anastomosis, por ejemplo).

P 85. NEOAORTA MEDIANTE STENTS AÓRTICOS

Patricia Lorena Torres Lebruno, Alejandro González García, Jesús Fernández Bravo, Teresa Reyero Postigo, Matteo Pizzamiglio Ceconi
Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid

Objetivos: El tratamiento endovascular de las lesiones aorto-iliacas complejas está cobrando cada vez mayor importancia en los últimos años. Presentamos tres casos de revascularización aorto-iliaca mediante construcción de una neoaorta con *stents* recubiertos Begraft y Viabahn.

Pacientes (o material): Varones de 70, 75 y 79 años con factores de riesgo cardiovascular y exploración vascular compatible con ateromatosis aorto-iliaca, con clínica de claudicación a cortas distancias y dolor de reposo.

Metodología: En los tres casos se realiza en primer lugar eco-doppler arterial y en segundo angio-TAC de aorta abdominal y miembros inferiores, hallando en este último lesiones TASC D con estenosis significativa de aorta infrarrenal e iliacas comunes.

Resultados: Se realizan las siguientes intervenciones:

- *Caso 1:* recanalización aorto-iliaca derecha por vía percutánea femoral y braquial derecha con implante de Viabahn de 10x150mm cubriendo desde arterias renales a bifurcación iliaca derecha.
- *Caso 2:* a través de acceso percutáneo femoral bilateral se lleva a cabo recanalización aorto-iliaca bilateral con implante de Begraft aórtico de 16 x 57 mm a nivel infrarrenal y *kissing stent* con dos Begraft de 8 x 57 mm a nivel coaxial.
- *Caso 3:* recanalización aorto-iliaca bilateral mediante punción percutánea retrógrada braquial derecha y femoral bilateral con Begraft aórtico de 18 x 48 mm a nivel infrarrenal y *kissing stent* con Begraft de 10 x 57 mm en eje izquierdo y de 9 x 57 mm en eje derecho, con posterior extensión a ambas hipogástricas con Advanta V12 de 10 x 59 mm. En los tres casos el posoperatorio inmediato cursa sin incidencias, con mejoría clínica y de la exploración vascular, recibiendo el alta hospitalaria al día siguiente de la intervención. Durante el seguimiento presentan mejoría de la distancia de claudicación así como de la exploración vascular. Uno de los casos presenta trombosis de eje iliaco izquierdo en el cuarto mes posoperatorio, por lo que requiere revascularización mediante embolectomía iliaca izquierda con implante de dos *stent* no

recubiertos de 9 x 59 mm y 8 x 59 mm, recuperando pulsos a todos los niveles y siendo dado de alta al séptimo día de la intervención.

Conclusiones: El tratamiento endovascular en la aterosclerosis de la bifurcación aórtica es una buena alternativa terapéutica en pacientes con elevada comorbilidad quirúrgica.

P 102. SALVANDO ARTERIAS EN EL LÍMITE

Patricia Rodríguez Cabeza, Anna Presas Porcell, August Corominas Macías, Albert Brillas Bastida, Omar Andrés Navarro
Hospital Universitari Dr. Josep Trueta. Girona

Objetivos: Exponer un caso de tratamiento endovascular de aneurisma aorto-iliaco con preservación de ambas hipogástricas en paciente con obliteración iliaca crónica.

Pacientes (o material): Excluder (Gore), Viabahn VBX (Gore), Omniflow (LeMaitre).

Metodología: Varón de 74 años con antecedente de *bypass* fémoro-femoral hace 13 años por obliteración de iliaca externa izquierda que presenta aneurisma aorto-iliaco con aorta de 45 mm e iliaca común derecha > 3 cm con presencia de arteria polar renal derecha y distancia desde la misma hasta la bifurcación aórtica de 120 mm. Además pseudoaneurisma anastomótico femoral bilateral siendo el mayor de 45 mm. Bajo anestesia general mediante abordaje axilar izquierdo y femoral derecho se coloca cuerpo de endoprótesis Excluder de 12 cm maniobrando para dejar la pata ipsilateral orientada hacia la iliaca común izquierda. Tras la liberación del cuerpo se cateterizó la rama ipsilateral por abordaje axilar para posterior cateterización de la arteria hipogástrica izquierda y colocación de Viabahn VBX balón expandible. En el lado derecho se colocó la rama contralateral, el "bridge" y un *branch* iliaco vía femoral combinado con Viabahn VBX en hipogástrica vía axilar. Posteriormente se procedió al recambio del *bypass* cruzado por nueva prótesis Omniflow y reparación de los aneurismas anastomóticos.

Resultados y conclusiones: El posoperatorio cursó sin incidentes. El TAC de control muestra permeabilidad de la reconstrucción y de las dos hipogástricas con preservación de la arteria polar renal derecha. La embolización de arterias hipogástricas o polares renales no está exenta de complicaciones. La experiencia y el conocimiento de los diferentes dispositivos endovasculares nos permiten soluciones "originales" para la preservación arterial dejando la embolización como última opción.

P 118. RESOLUCIÓN DE ENDOFUGA PERSISTENTE DE ORIGEN INCIERTO

Cristina Nogal Arias, Marta Ballesteros Pomar, Inés Rodríguez López, Silvia Maqueda Ara, Rocío Vázquez Pérez, Andrés Manuel Zorita Calvo
Complejo Asistencial Universitario de León. León

Objetivos: La endofuga (EF) Ic tras la reparación de un aneurisma aórtico abdominal (AAA) mediante una endoprótesis aorto-monoiliaca es causa de reintervención, especialmente si condiciona crecimiento del saco aneurismático, ante el riesgo de rotura. Puede estar, además, asociada a otros tipos de EF. El objetivo del caso es describir el manejo de una endofuga persistente tras la reparación de un AAA con una endoprótesis aorto-monoiliaca.

Pacientes (o material): Se expone el caso de un paciente varón de 82 años con antecedentes de hipertensión, cardiopatía isquémica, fibrilación auricular y sustitución de aorta ascendente por patología aneurismática. Es diagnosticado de aneurisma de aorta abdominal de 56 mm, asintomático, e intervenido mediante exclusión endovascular con endoprótesis aorto-monoiliaca derecha sellando en arteria iliaca común derecha, colocación de ocluser iliaco izquierdo y *bypass* fémoro-femoral.

Metodología: El paciente es dado de alta en el 10.º día postoperatorio sin fugas en eco de control. A los 12 meses de la primera intervención se evidencia en TAC de control EF en probable relación con ocluser (tipo Ic). El paciente es reintervenido, accediéndose al

saco aneurismático siguiendo un trayecto pericloclor izquierdo, con embolización del saco y del trayecto pericloclor mediante *coils*. Los controles posteriores se mantuvieron sin fugas hasta 10 meses después de la segunda intervención, en que se objetiva nueva EF con crecimiento del saco aneurismático, así como dilatación de la arteria iliaca común derecha. En la arteriografía intraoperatoria se confirma EF tipo Ib, por lo que se implantan dos *plugs* Amplatzer AVP II (14mm proximal, 10mm distal) en arteria iliaca interna derecha, además de una extensión iliaca que sella en arteria iliaca externa derecha. En el lado contralateral se despliegan varios *coils* alrededor del oclisor iliaco izquierdo de 3, 5 y 8 mm.

Resultados y conclusiones: Tras la segunda reintervención el resultado es satisfactorio, sin evidencias de fugas tempranas ni tardías y estabilización del tamaño del saco aneurismático. En conclusión, las EF son una de las causas de reintervención tras reparación endovascular de un AAA. En ocasiones se asocian varios tipos de EF, lo que dificulta establecer su origen y realizar una correcta reparación de la misma, justificando la persistencia de la misma hasta hallar su procedencia.

P 119. ANGIOPLASTIA Y STENT DE LA ARTERIA MESENTÉRICA INFERIOR EN EL TRATAMIENTO DE LA ISQUEMIA MESENTÉRICA CRÓNICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Carlos Ruiz Carmona, Carme Llorc Pont, Carles Díaz Duran, Meritxell Mellado Joan, Eduardo Mateos Torres, Albert Clarà Velasco
Hospital del Mar. Barcelona

Objetivos: La revascularización en la isquemia mesentérica crónica (IMC) suele indicarse en pacientes sintomáticos con lesiones arteriales múltiples. Anecdóticamente, esta ha sido indicada en lesiones únicas de arteria mesentérica inferior (AMI). Se presenta un caso de estenosis aislada de AMI asociada a clínica sugestiva de colitis isquémica tratada de forma endovascular.

Pacientes (o material): Varón de 83 años con antecedentes de ex-tabaquismo, hipertensión arterial, diabetes, fibrilación auricular en tratamiento con warfarina y prótesis mecánica aórtica, entre otros, que acudió a Urgencias por sintomatología iterativa de hemoquecia y dolor abdominal localizado en flanco y fosa iliaca izquierdos. La tomografía axial computarizada (TAC) mostró ateromatosis aórtica calcificada con estenosis del origen de la AMI sin estenosis de tronco celiaco (TC) o arteria mesentérica superior (AMS). Dada la inusual necesidad de revascularizar aisladamente una AMI, se requirió una endoscopia digestiva baja que mostró signos de colitis izquierda con úlcera en recto-sigma de 1 cm.

Metodología: Se indicó tratamiento endovascular. Se realizó punción humeral izquierda y arteriografía que mostró TC y AMS sin lesiones, y AMI con estenosis ostial calcificada con buen vaso distal de 3 mm de diámetro. Tras cateterizar la lesión con Terumo Stiff y catéter Bernstein, se realizó predilatación con balón de 3 x 20 mm y posteriormente se implantó *stent* expandible por balón de 3 x 22 mm.

Resultados y conclusiones: Arteriografía comprobatoria con correcta permeabilidad de la técnica y estenosis residual de un 20-30% aproximadamente. Buena tolerancia oral del paciente desde el posoperatorio inmediato, sin evidencia de dolor abdominal espontáneo ni a la exploración. Angio-TAC a los 2 meses con permeabilidad de la técnica. El tratamiento endovascular de una estenosis única de AMI puede ser una opción terapéutica a considerar cuando la clínica es sugestiva y la endoscopia apoya el diagnóstico clínico.

P 144. LEIOMIOSARCOMA RETROPERITONEAL GIGANTE. CASO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Navil Abdelkader Mohamed, Elena Aliaga Hilaro, Andreu Martínez Hernández, Francisca García Fernández, Javier Escrig Sos, Salvador Martínez Meléndez
Hospital General Universitario de Castellón de la Plana. Castellón de la Plana

Objetivos: El leiomioma es un tumor maligno infrecuente cuya incidencia no alcanza 0,2% de todas las neoplasias malignas. Por su localización retroperitoneal, suele ser oligosintomático, lo que propicia diagnósticos tardíos con invasión de estructuras adyacentes. Su tratamiento es la completa escisión quirúrgica con amplios márgenes. El objetivo de este trabajo es revisar el estado actual del manejo de esta patología a propósito de un caso tratado en nuestro hospital.

Pacientes (o material): Se presenta un caso de leiomioma retroperitoneal con invasión visceral y vascular.

Metodología: Se describe el manejo diagnóstico y terapéutico mediante un equipo multidisciplinar.

Resultados y conclusiones: Mujer de 44 años, sin antecedentes patológicos que presentaba dolor lumbar inespecífico de larga evolución. Se realizó TAC abdomino-pélvico, evidenciándose en región retroperitoneal izquierda, gran tumoración de 15 x 14 cm, que condicionaba compresión de estructuras adyacentes e infiltración de arteria iliaca izquierda. Se solicitó resonancia magnética, marcadores tumorales y biopsia de la lesión. El estudio histopatológico informó de tumor fusocelular maligno compatible con leiomioma. En comité multidisciplinar se decidió cirugía radical, involucrándose los servicios de cirugía general y cirugía vascular. Se realizó exéresis amplia de la tumoración retroperitoneal, incluyendo el tercio medio de uréter izquierdo y segmento proximal de a. Iliaca común izquierda, cerca de su bifurcación con la aorta, pudiéndose preservar la vena iliaca izquierda. A la vez, se realizó un *bypass* fémoro-femoral cruzado derecho izquierdo mediante prótesis anillada de PTFE 8 mm. No se registraron incidencias en el postoperatorio, procediéndose al alta a los 10 días. Debido a la inespecificidad de los síntomas, y a la rareza de esta patología, el diagnóstico es difícil y en estadios avanzados. Una vez diagnosticada, es necesario el manejo multidisciplinar para optimizar los resultados del tratamiento, ya que su gran tamaño con frecuencia compromete diversas áreas anatómicas. Con respecto a la invasión arterial, la resección de la arteria iliaca afectada en bloque y

la revascularización con un *bypass* fémoro-femoral extra-anatómico puede ser una opción válida que aporta varias ventajas, entre ellas que es una técnica rápida, con baja morbilidad, aceptable permeabilidad y que además permite alcanzar márgenes de resección R0, que es uno de los principales criterios pronósticos en la evolución de esta patología.

FÉMORO-DISTAL

P 44. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR EN EL ANEURISMA DE ARTERIA POPLÍTEA ROTO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Joel Alberto Padrón Espínola, Cristina Santoyo Villalba, Agustín Medina Falcón, Marcela Patricia Acosta Silva, Guido Volo Pérez
*Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín.
Las Palmas de Gran Canaria*

Objetivos: Se presenta un caso de arteria poplítea roto en un varón de 76 años, sin antecedentes de enfermedad arterial periférica ni aneurismática, manejado en el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular de nuestro hospital.

Pacientes (o material): Varón de 76 años con antecedente de hipertensión, gonartrosis derecha e intervenido de hernia inguinal izquierda que acude a urgencias por cuadro de dolor súbito a nivel de miembro inferior derecho asociado a hematoma a nivel de muslo y pierna. A la exploración vascular presenta pulsos presentes a todos los niveles en ambos miembros inferiores, destacando un hematoma y aumento de volumen a nivel de muslo y pierna derecha sin signos de sufrimiento cutáneo. En angio-TC se informa de ruptura contenida de aneurisma de arteria poplítea derecha (P1) de 46 mm de diámetro.

Metodología: El paciente es intervenido de forma urgente realizándose exclusión del aneurisma mediante *stent* cubierto (7 y 8 mm de diámetro). Sin complicaciones posteriores y el paciente es dado de alto con pulsos distales en miembro inferior derecho. Durante el seguimiento, el paciente se encuentra

asintomático y sin cambios en la exploración vascular. Además, en la última ecografía de control realizada (a los 3 meses de la cirugía), el *stent* se encuentra permeable con curva trifásica y sin evidenciar endofuga.

Resultados y conclusiones:

1. La ruptura de los aneurismas de arteria poplítea son raros y, a veces, es difícil su diagnóstico. Se ha informado que la incidencia de ruptura de estos aneurismas es del 2,2% aproximadamente.
2. El diagnóstico y el tratamiento precoz es clave para prevenir complicaciones graves.
3. Siempre hay que tener en cuenta la posibilidad de aneurismas concomitantes en otras localizaciones (a nivel aórtico o poplítea contralateral, principalmente).
4. Tras la revisión de la literatura, se sugiere que el tratamiento quirúrgico abierto es la primera línea de tratamiento. No obstante, la reparación endovascular es una alternativa valiosa.
5. Es preciso el seguimiento a largo plazo para controlar la permeabilidad del *stent* y prevenir posibles complicaciones tardías.

P 166. EL PAPEL DEL IVUS MÁS ALLÁ DE LA ARTERIOGRAFÍA

Maite Arriola Hernández, Benito Méndez Fera, Diego Soto Valdés, Belén Marcos Llergo, Ángel Flores Herrero, Antonio Orgaz Pérez-Grueso
Hospital Virgen de la Salud Toledo. Toledo

Objetivos: Presentar nuestro caso en el tratamiento de la enfermedad aorto-iliaca oclusiva y el papel de la ecografía intravascular (IVUS) en este contexto.

Pacientes (o material): Mujer de 56 años, fumadora, con carcinoma de células escamosas del canal anal, localmente avanzada e irreseccable. La paciente presenta isquemia crónica del miembro inferior izquierdo, no compensada a pesar del tratamiento médico. Los hallazgos del angio-TAC (angiografía por tomografía computarizada) mostraron una lesión iliaca común oclusiva con repermeabilización distal a nivel de femoral común.

Metodología: A través de punción ecoguiada de la arteria humeral, la arteriografía intraoperatoria (AIO) nos mostró los mismos hallazgos del angio-TAC, por lo que se decidió colocar un Viabhan 6 x 100 mm en la arteria iliaca común izquierda. En la arteriografía de control, se evidenció una imagen sugestiva de trombo en la bifurcación femoral, con migración distal en las arterias femoral profunda (AFP) y peronea, por lo que se recanalizaron estas a través de punción radioguiada de la arteria femoral común izquierda (AFC) y se insertó catéter Hunter, con obtención de material trombótico hiperplásico. La nueva arteriografía mostró una imagen ambigua de trombo/disección en la zona de punción de AFC, por lo que se insertó sonda de IVUS. Con este, se observó una imagen de trombo y se realizó nueva tromboaspiración con catéter Hunter. Al realizar control final con IVUS de la arteria iliaca común izquierda, se observó abundante trombo intraluminal no visualizado previamente en la AIO, por lo que se colocaron 2 *stent* balón-expandibles (Eventus 8 x 57 y 9 x 57) en el origen de la arteria iliaca común, proximal a Viabhan.

Resultados y conclusiones: Se consiguió excelente resultado morfológico confirmado por AIO e IVUS. La paciente evoluciona favorablemente en el posoperatorio sin complicaciones después de la cirugía. Si bien el "gold standar" para el tratamiento de la patología iliaca es la AIO, el IVUS nos proporciona información anatómica y fisiopatológica precisa en la evaluación de imágenes ambiguas de difícil visualización por AIO, lo que reduce la necesidad de contraste y el tiempo de exposición a la radiación.

P 169. ABORDAJE RETRÓGRADO-ANTERÓGRADO COMO TÉCNICA DE RECURSO EN RECANALIZACIONES COMPLEJAS DEL SECTOR FÉMORO-POPLÍTEO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Javier Rodríguez Padilla, Isabel Lago Rivas, Esther Vázquez Rodríguez, Alberto Selgas Torres, Manuel de la Quintana Gordon
Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés, Madrid

Objetivos: En la enfermedad arterial periférica, el sector fémoro-poplíteo (SFP) es el sector arterial

que se afecta con mayor frecuencia. Por tanto, es el territorio arterial sometido a un mayor número de procedimiento endovasculares. El creciente número de casos complejos que tratamos de forma endovascular en el SFP, nos obliga a disponer de diferentes técnicas de recursos que permitan alcanzar el éxito de la revascularización. La recanalización anterógrada es la técnica de elección con tasas de fracaso técnico que oscilan entre el 10-40%, cuando se realizan por vía anterógrada. El abordaje retrógrado-antegrado, mediante la técnica SAFARI, puede ser útil para completar la recanalización subintimal anterógrada.

Pacientes (o material): Paciente de 68 años, ex-fumador, hipertenso y dislipémico, en seguimiento por claudicación intermitente de larga evolución con empeoramiento clínico desde su última visita. Presenta claudicación intermitente limitante y parestesias en reposo en la pierna izquierda. A la exploración física presenta oclusión fémoro-poplíteo con índice tobillo brazo de 0,4. Se realiza angiografía magnética donde se objetiva oclusión en arteria femoral superficial (AFS) de 18 cm con recanalización en 2.ª porción de poplíteo en la interlínea articular.

Metodología: Tras intento infructuoso de recanalización anterógrada con perforación arterial limitada y disección, se realiza punción ecoguiada de arteria poplitea. Introdutor 4F y guía hidrofílica 0,018". Se consigue recanalización subintimal con reentrada en tercio medio de AFS con catéter Cxi (Cook®). Se realiza *tought and thought* sacando el extremo de la guía por el introductor colocado en femoral común. Se coloca *stent* Viabahn® de 6 x 150 mm y Tigris® de 6 x 60 mm con posterior remodelado con balón de angioplastia.

Resultados y conclusiones: En la arteriografía final se objetiva un excelente resultado angiográfico, observando permeabilidad del SFP con salida por tres vasos tibiales. No se observa extravasación de contraste en zona de rotura previa. Paciente recupera pulsos y buena perfusión distal del pie. La tasa de fracaso técnico en oclusiones crónicas largas del SFP alcanza cifras de hasta el 20%. El abordaje retrógrado-antegrado, mediante la técnica SAFARI, se configura como una técnica de rescate segura y efectiva incluso para recanalizaciones complejas, permitien-

do disminuir de forma significativa el fracaso técnico asociado, consiguiendo resultados comparables a la recanalización subintimal anterógrada.

IVC

P 73. TROMBOSIS VENOSA MASIVA DE CAUSA ATÍPICA EN PACIENTE JOVEN

María José Morales Olmos, Cristina Lozano Ruiz, Cristina García Pérez, Mercedes Cambroner Aroca, Carolina Fernández Catalán, Martín Landaluze Chaves

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete

Objetivos: La enfermedad tromboembólica venosa es un problema médico importante que comprende la trombosis venosa profunda y el tromboembolismo pulmonar, constituyendo la tercera causa de mortalidad en el mundo occidental. En pacientes ambulantes es preciso buscar, además de las causas tradicionales, otras etiologías menos frecuentes que puedan precipitar su aparición.

Pacientes (o material): A propósito de un caso.

Metodología: Mujer de 30 años con antecedentes de obesidad, múltipara y toma de anticonceptivos. Acude con dolor lumbar y de miembro inferior izquierdo junto con disestesias y signos compatibles con flegmasía *celurea dolens*. En eco-doppler se visualiza trombosis venosa profunda de vena iliaca primitiva izquierda y eje fémoro-poplíteo, confirmando en angio-TC la trombosis y la compresión parcial de esta por la arteria iliaca común (síndrome de May-Thurner). Se realiza heparinización sistémica y fibrinólisis venosa mediante catéter, tras lo que se observa recanalización de eje ileo-femoral, observando oclusión a nivel de vena iliaca común izquierda. Tras estabilización del proceso agudo y persistencia de sintomatología, se decide intento de recanalización realizado con éxito y asociándose implante *stent* en la zona de oclusión, siendo el postoperatorio favorable, encontrándose la paciente asintomática al alta y en controles posteriores.

Resultados y conclusiones: La etiología de la trombosis venosa profunda es en muchas ocasiones multifactorial. En pacientes jóvenes, 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. En el caso del síndrome de May-Thurner disponemos de múltiples opciones de tratamiento, tanto terapias conservadoras como la anticoagulación como el tratamiento endovascular que ha emergido durante los últimos años como alternativa terapéutica, siendo el implante de *stents* la estrategia de elección.

ras. Dada la sospecha de afectación de vasos ilíacos avisan a cirugía vascular, quienes indican laparotomía exploradora para la extracción de la aguja.

Metodología: Se decide realizar laparotomía media xifopubiana. Se visualiza aguja atravesando la vena iliaca derecha en su bifurcación. Se retira la aguja y se realiza intento fallido de sutura venosa, por lo que se concluye ligando la vena iliaca en su bifurcación. Durante la disección se produce sección completa accidental del uréter izquierdo, el cual se sutura y se coloca catéter doble J.

Resultados y conclusiones: En el posoperatorio inmediato presenta trombosis venosa profunda de la pierna derecha (EID) tratada de manera conservadora con HBPM a dosis anticoagulantes y sepsis de origen urinario resuelto con antibioterapia dirigida, siendo dado de alta a los 18 días. En el seguimiento a largo plazo, se retira doble J sin incidencias, y presenta síndrome postrombótico de EID con buena tolerancia clínica. Este caso nos enseña lo necesario que resulta que el cirujano vascular esté familiarizado con el protocolo de actuación ante una posible lesión vascular, las indicaciones de laparotomía exploradora y la técnica a usar al enfrentarse a una hemorragia intraabdominal y retroperitoneal de origen venoso de difícil manejo.

MISCELÁNEA

P 14. MANEJO DE LA ROTURA DE VENA ILIACA IATROGÉNICA

Ruth Marquina González, Ioar Larrañaga Oyarzabal, Maider Mendia Bravo, Coro Aranzábal Urrutia, José María Egaña Barrenechea
Hospital Universitario Donostia. San Sebastián, Guipúzcoa

Objetivos: Según la ATLS (Advance Trauma Life Support) el manejo de las heridas penetrantes de abdomen viene definido por la estabilidad hemodinámica del paciente. Si presentan inestabilidad se opta por la revisión quirúrgica urgente, si no, es de elección realizar una prueba de imagen previa a la movilización del objeto, como gold standard el angio-TAC.

Pacientes (o material): Hombre de 40 años que durante el tratamiento de osteonecrosis avascular de cadera izquierda con agujas de Kirschner y brocado, se produce migración iatrógena intrapélvica de la aguja hasta cresta iliaca derecha. Se realiza angio-TAC urgente donde se visualiza la aguja atravesando la pelvis desde cabeza femoral izquierda hasta tejido graso retroperitoneal derecho en íntimo contacto con el origen de la arteria iliaca interna y bifurcación de vena iliaca primitiva derechas y de la vena iliaca externa y uréter izquierdos, sin afectar otras estructu-

P 45. ISQUEMIA ARTERIAL AGUDA SECUNDARIA A EMBOLISMO MÚLTIPLE

Moisés Falcón Espínola, Irene Ramos Moreno, Rafael Martínez López, Lucas Ribé Bernal, Manel Arrebola López, Manuel Miralles Hernández
Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia

Objetivos: Presentar un caso clínico de trombosis de varios territorios, arterial y venosos, secundario a un embolismo múltiple de etiología incierta.

Pacientes (o material): Hombre de 86 años con hipertensión arterial, sin arritmias y sin otros antecedentes de interés. El paciente acude a urgencias por clínica de isquemia aguda en la extremidad inferior derecha de 96 horas de evolución, así como de la mano izquierda en las últimas 6 horas.

Metodología: Ante la sospecha de embolia arterial múltiple, se realizó una tomografía computarizada (TC) con contraste, evidenciándose oclusión de la arteria axilar izquierda, femoral superficial y profunda derecha, y mesentérica superior. Además asociaba en la TC un tromboembolismo pulmonar (TEP) bilateral agudo y en la ecografía doppler, una trombosis venosa profunda del miembro inferior derecho. De forma urgente se realizó una trombectomía de las arterias humeral izquierda y femoral derecha, consiguiendo restablecer el flujo así como una adecuada perfusión distal en ambas extremidades. En un segundo tiempo, se efectuó una trombectomía de la arteria mesentérica superior mediante laparotomía media y plastia con parche de pericardio bovino, mejorando la perfusión intestinal. Tras la cirugía se realizó una ecocardiografía transtorácica que no detectó la presencia de foramen oval, característica de la embolia paradójica. No se encontraron marcadores iniciales para trombofilia ni hallazgos compatibles con procesos tumorales, siendo el diagnóstico de embolismo de origen incierto.

Resultados: El paciente inicialmente mejoró con una adecuada perfusión intestinal y de ambas extremidades. Sin embargo, al séptimo día posoperatorio, empeoró desde el punto de vista respiratorio desarrollándose un *distress* pulmonar grave secundario al TEP, y a pesar de la anticoagulación sistémica y revascularización de los territorios periféricos, finalmente falleció a causa de la insuficiencia respiratoria.

Conclusión: El embolismo múltiple es una entidad poco frecuente, con elevada morbimortalidad, especialmente si presenta un TEP asociado. En estos pacientes, debe sospecharse la posibilidad de una embolia paradójica, trombofilia o hipercoagulabilidad por tumor oculto, como causal inicial del embolismo.

P 51. REPARACIÓN ABIERTA DE PSEUDOANEURISMA RADIAL DEBIDO A MICROTRAUMATISMOS REPETIDOS

Teresa Lidia Reyero Postigo, Jesús Fernández Bravo, Patricia Lorena Torres Lebruno, Matteo Pizzamiglio Ceconi, Ana Arribas Díaz, César Aparicio Martínez
Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid

Objetivos: Los pseudoaneurismas a nivel periférico se deben, en la mayoría de los casos, a complicaciones tras punciones o manipulaciones arteriales, y es muy rara su aparición en otras circunstancias. Presentamos el caso de un varón de 62 años con pseudoaneurisma radial secundarios a microtraumatismos repetidos debido a su trabajo (delineante), con reparación mediante cirugía abierta y anastomosis término-terminal.

Pacientes (o material): Varón de 62 años, delineante de profesión, sin otros antecedentes médico-quirúrgicos de interés, que acude a consulta por tumoración en zona de tabaquera anatómica, de años de evolución, con aparición de inflamación y dolor en la zona en los últimos 20 días. Exploración física normal, con pulsos a todos los niveles. Se realiza eco-doppler, que muestra pseudoaneurisma parcialmente trombosado en la zona. Confirmando dichos hallazgos con angio-TC.

Metodología: Debido a la persistencia de molestias a dicho nivel, se decide resección abierta del pseudoaneurisma, con anastomosis término-terminal, la cual se realiza con anestesia regional y sin incidencias, recibiendo el alta el mismo día.

Resultados: En la cita de revisión postoperatoria el paciente presenta pulsos distales y buen estado general. Los resultados anatomopatológicos confirman el diagnóstico de pseudoaneurisma.

Conclusiones: A pesar de su poca frecuencia, es posible encontrar casos como el que describimos, con pseudoaneurismas debido a microtraumatismos repetidos, debidos a la profesión del paciente, por lo que esta posibilidad debe entrar dentro del diagnóstico diferencial de estas situaciones. El tratamiento puede ser conservador, en función del tamaño, pero en caso de persistencia de la clínica puede realizarse reparación abierta del mismo, como en el caso que presentamos, que suele evolucionar de manera favorable y con pocas complicaciones.

P 61. VASOESPASMO POR ERGÓTICOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Agustín Medina Falcón, Cristina Santoyo Villalba, Irene Calderín Pérez, Efrén Martel Almeida, Marcela Patricia Acosta Silva, Guido Volo Pérez

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas De Gran Canaria

Objetivos: Presentación de un caso de isquemia aguda secundaria a ergotismo y revisión del estado de la cuestión

Pacientes (o material): Mujer de 56 años con antecedentes personales de HTA, migraña en tratamiento con ergotamina, sin hábitos tóxicos. Intervenida de histerectomía por miomatosis. Una semana previa a acudir a Urgencias presenta cuadro catarral por lo que se le prescribe azitromicina. Una vez terminado el ciclo, presenta alguna alteración intestinal y comienza con pérdida de sensibilidad en ambos miembros inferiores que evoluciona a lo largo de dos días a dolor e impotencia funcional. No refiere historia previa de claudicación intermitente. *Exploración física:* MMSS y TSA: pulsos presentes a todos los niveles. Sin soplos. Abdomen: no masas ni megalias, no se identifica pulso de Corrigan. MMII: pulso femoral presente, poplíteo y distales ausentes. No flujo doppler arterial distal, movilidad disminuida (3/5) y sensibilidad epicrítica abolida en planta de los pies. Dolor a la compresión gemelar bilateral. *Exploraciones complementarias:* eco de abdomen: no se aprecia dilatación aneurismática de la aorta ni trombosis de aorta abdominal terminal. Electrocardiograma: ritmo sinusal sin alteraciones de repolarización. Analítica: Glu 117, Urea 17, Crea: 0,46, Leucos: 8940, Hb: 13,3, Pla: 303000. Coagulación normal. Angio-TC: afilamiento progresivo de la luz iliaca de forma bilateral, dando lugar a un eje fémoro-poplíteo filiforme, sin poder objetivarse vasos distales. Se identifica a su vez un halo inflamatorio a nivel de las arterias femorales.

Metodología: Se realizó revisión de literatura comprobando que existen diversas estrategias para enfrentarse a esta entidad. Se decidió el uso de alprostadil en un ciclo de 21 días, acompañado de antiagregación y esteroides.

Resultados y conclusiones: Mejoría de la sintomatología a las 48 horas, siendo dada de alta tras cinco días de ingreso con movilidad recuperada *ad integrum*, sensibilidad epicrítica restablecida y sin dolor de reposo. El ergotismo es una entidad poco frecuen-

te pero con alta comorbilidad, a pesar de ello si se instaura un tratamiento apropiado tiene un excelente pronóstico. Dada la poca evidencia científica no se puede recomendar un protocolo terapéutico, siendo imprescindible la suspensión de los ergotamínicos y la instauración de un vasodilatador.

P 170. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE GRAN PSEUDOANEURISMA ESPLÉNICO SECUNDARIO A PANCREATITIS

Cintia M. Flota Ruiz, Álvaro Revilla Calavia, Liliana Fidalgo Domingos, Sergio Fernández Bello, Elena García Rivera, Carlos Vaquero Puerta
Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid

Objetivos: Los pseudoaneurismas esplénicos son una entidad infrecuente, presentan un riesgo de ruptura del 37% por ello tienen una alta mortalidad, por lo que su tratamiento debe realizarse al ser diagnosticado.

Pacientes (o material): Presentamos el caso de un varón de 71 años con antecedente de pancreatitis aguda necrotizante, que curso con complicación de pseudoquistes pancreáticos que requirió drenaje mediante cistogastrostomía endoscópica. Tras tres años de seguimiento el paciente comenzó con un cuadro de dolor intenso localizado en epigastrio, se realizó un TC en el que se observó una colección de 51 mm de diámetro en la misma localización que el pseudoquiste previo, por ello se diagnosticó de recidiva de pseudoquiste pancreático. Posteriormente se realizó una ecoendoscopia con intención de tratar observando flujo en el interior, ante la sospecha de pseudoaneurisma de arteria esplénica se realizó angio-TC donde se confirmó el diagnóstico.

Metodología: Mediante abordaje humeral izquierdo se coloca un introductor de 6 Fr (Flexor Cook de 45 cm), se realizó la canalización selectiva de tronco celíaco usando guía hidrofílica (Terumo®) y catéter Bentson. Se realizó arteriografía selectiva de arteria esplénica identificando pseudoaneurisma en tercio medio de dicha arteria. Se progresa guía hidrofílica,

hasta introducirla en pseudoaneurisma para avanzar posteriormente el catéter y comprobar la correcta colocación. Se realiza embolización con un *coil* de 14 x 20 mm (Retracta® Cook medical) y dos de 7 x 14 mm (Retracta® Cook medical).

Resultados y conclusiones: Se realiza arteriografía de control observando el saco del pseudoaneurisma sin contraste en su interior y permeabilidad distal de la arteria esplénica. Al mes presenta mejoría clínica y el angio-TC muestra pseudoaneurisma trombosado con permeabilidad de arteria distal. Los pseudoaneurismas pancreáticos son muy infrecuentes, su causa principal suele ser pancreatitis así como el trauma abdominal y tienen un alto riesgo de ruptura, sin relacionarse esta con su diámetro, por lo que deben tratarse al ser diagnosticados. Dada su baja incidencia no existen protocolos bien establecidos acerca del tratamiento, aunque la cirugía abierta ha sido el tratamiento tradicional, en los últimos años el tratamiento endovascular ha demostrado ser efectivo y es una opción en pacientes hemodinámicamente estables con el fin de preservar la función inmunológica del bazo.

TSA

P 8. BYPASS ANATÓMICO PARA TRATAMIENTO DE RUPTURA TRAUMÁTICA QUIRÚRGICA DE ARTERIA AXILAR DERECHA

Rocío Vázquez Pérez, Javier Gualis Cardona, Inés Rodríguez López, Cristina Nogal Arias, Andrés Zorita Calvo

Hospital de León. León

Objetivos: La canulación de la arteria axilar derecha para la realización de protección cerebral anterógrada en la cirugía de disección aórtica aguda tipo A está expuesta al desarrollo de complicaciones. Presentamos un caso de ruptura axilar tratada mediante *bypass* con injerto de dacrón desde tronco innominado a arteria axilar distal con recorrido intrapleural.

Pacientes (o material): Mujer de 64 años con antecedente de tabaquismo, amiloidosis, fibrilación auricular anticoagulada con apixabán. Previamente asintomática desarrolla episodio brusco de dolor centro-torácico irradiado a región escapular izquierda. Se diagnóstica de disección aguda de aorta tipo A (Stanford) tipo 1 (De Bakey) realizando intervención quirúrgica emergente.

Metodología: Para la realización de protección cerebral anterógrada durante la parada circulatoria se realiza canulación de arteria axilar derecha mediante cánula Livanova de 23 mm. Se produce transección completa de la arteria con retracción de extremo proximal. Se realiza ligadura proximal de la arteria axilar realizando protección cerebral anterógrada mediante injerto de dacrón de 8 mm (Terumo) anastomosado a tronco arterial innominado. Una vez concluido el tiempo aórtico, el mismo injerto fue utilizado para realizar la revascularización de la extremidad superior derecha (ESD) realizando recorrido intrapleural del injerto y anastomosis distal de la arteria axilar.

Resultados y conclusiones: La evolución posoperatoria fue sin complicaciones, sin desarrollo de déficits neurológicos ni clínica en la ESD. Las presiones arteriales fueron idénticas en ambas extremidades. El angio-TAC de control demostró óptima permeabilidad del injerto con adecuado recorrido intrapleural sin desarrollo de tortuosidad ni *kinking*. Las complicaciones de la canulación de la arteria axilar derecha pueden ser tratadas mediante la realización de *bypass* anatómico con injerto de dacrón utilizado para la realización de la perfusión cerebral anterógrada.

P 9. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DEL SÍNDROME DEL ROBO CORONARIO SUBCLAVIO A PROPÓSITO DE UN CASO

Rocío Vázquez Pérez¹, Ruth Fuente Garrido², Inés Rodríguez López¹, Cristina Nogal Arias¹, Marcos Iban Alonso Álvarez¹, Andrés Zorita Calvo¹

¹Hospital de León. León. ²Hospital Universitario de Burgos. Burgos

Objetivos: El síndrome de robo coronario-subclavio (SRCS) es un cuadro clínico infrecuente que se observa en pacientes con *bypass* coronario de arteria mamaria interna (AMI). La esteno-oclusión proximal de la arteria subclavia izquierda (ASI) puede generar una alteración hemodinámica y producir flujo retrógrado en la AMI, desencadenando isquemia miocárdica. Presentamos un caso de robo coronario-subclavio.

Pacientes (o material): Varón de 57 años, exfumador, con antecedente de cardiopatía isquémica revascularizada mediante AMI izquierda a descendente anterior media y AMI derecha a obtusa marginal 10 meses antes de la consulta. Acude por presentar, tras la intervención quirúrgica, clínica de ángor al movilizar la extremidad superior izquierda, sin referir parestesias o dolor en dicha extremidad. A la exploración física presenta pulsos a todos los niveles en extremidad superior derecha y ausencia de pulsos en extremidad superior izquierda, que está eutérmica y presenta buen relleno veno-capilar.

Metodología: Ante la sospecha de un SRCS, se realiza un angio-TC de troncos supraaórticos que demuestra una estenosis focal de ASI del 75-80%, previa a la salida de la AMI, sin objetivarse lesiones a otros niveles. Ante los esos hallazgos, se diagnostica SRCS. Se decide intervención quirúrgica bajo anestesia general y abordaje percutáneo de arteria braquial izquierda. La arteriografía intraoperatoria muestra permeabilidad del *bypass* coronario y estenosis de la arteria subclavia izquierda. Tras canalizar la lesión con guía hidrofílica 0,035 (Terumo, Tokio, JP), se coloca introductor largo (Destination Terumo) de 6 Fr protegiendo la salida de las arterias vertebral y mamaria y se implanta un *stent* Express 8 x 37 mm (Boston Scientific, Natick, MA, USA). El control arteriográfico demuestra permeabilidad del *stent* sin estenosis residual, así como de las colaterales de la subclavia.

Resultados y conclusiones: El paciente es dado de alta a las 48 horas de la intervención, recuperando pulso radial y humeral, con tratamiento con antiagregación con ácido acetilsalicílico. En el control a los 12 meses, el paciente se encuentra asintomático, con pulsos distales conservados. La cirugía endovascular es una alternativa mínimamente invasiva para el tratamiento del SRCS.

P 12. ANEURISMAS DE LA ARTERIA SUBCLAVIA, UNA RARA ENTIDAD: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Sergio Fernández Bello, M.^a Lourdes del Río Sola, José Antonio Brizuela Sanz, Liliana Alexandra Fidalgo Domingos, Elena García Rivera, Carlos Vaquero Puerta
Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid

Objetivos: Los aneurismas de la arteria subclavia (AAS) son una entidad rara. Los AAS pueden se idiopáticos relacionarse con enfermedades del tejido conectivo, traumatismos y el síndrome del desfiladero torácico. Su hallazgo suele ser incidental pero pueden causar graves complicaciones. Con este trabajo pretendemos revisar nuestra experiencia en esta patología.

Pacientes (o material): Se revisaron las intervenciones realizadas en el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del periodo 2008-2018 y se encontraron 2 casos. El primer caso es el de un varón de 29 años sin antecedentes de interés que consulta por una masa pulsátil en la zona supraclavicular izquierda objetiva tras realización de punción de ganglio supraclavicular por inflamación. Se realizó ecografía doppler y angiotomografía axial computarizada (angioCT) ante sospecha de pseudoaneurisma, objetivándose aneurisma verdadero de la arteria subclavia inmediatamente distal al triángulo de los escalenos. El segundo caso es el de un varón de 47 años sin antecedentes de interés, ante la presencia de una masa pulsátil supraclavicular izquierda se realizó angio-TC objetivando un aneurisma sacular de la arteria subclavia.

Metodología: En el primer caso se realizó un abordaje abierto para diagnóstico anatomopatológico y microbiológico. Se realizó escalenectomía anterior izquierda, resección de aneurisma subclavio izquierdo e injerto término-terminal con dacrón 8 mm anillado. El posoperatorio de 5 días discurrió sin complicaciones. La microbiología no objetivó crecimiento de microorganismos y el diagnóstico anatomopatológico solo objetivó tejido inflamatorio. En el segundo caso dada la ubicación del aneurisma se decidió un tratamiento abordaje endovascular mediante

abordaje abierto humeral ipsilateral y colocación de 2 *stents* recubiertos Viabahn® (8 x 100 mm). El paciente presentó un posoperatorio sin complicaciones de 3 días.

Resultados y conclusiones: En nuestra experiencia tanto abordaje abierto como mediante técnicas endovasculares son igualmente válidos. No existe evidencia suficiente para recomendar una técnica por encima de otra. La decisión final debe de ser tomada de forma individualizada teniendo en cuenta los riesgos anestésico y quirúrgicos del paciente, así como la ubicación del aneurisma, la necesidad o no de diagnóstico anatomopatológico y la sospecha de naturaleza micótica.

P 30. CORRECCIÓN DE SÍNDROME DE ROBO VÉRTEBRO-SUBCLAVIO SINTOMÁTICO POR OCLUSIÓN DE TRONCO BRAQUIOCEFÁLICO MEDIANTE *BYPASS* CARÓTIDO-CAROTÍDEO

Silvia Maqueda Ara, Marta Ballesteros Pomar, Cristina Nogal Arias, Andrés Zorita Calvo
Hospital de León. León

Objetivos: En casos de robo vértebro-subclavio sintomático está indicada la corrección quirúrgica. Presentamos un caso atípico en el que la revascularización de la arteria subclavia derecha se consiguió de forma indirecta mediante realización de *bypass* carótido-carotídeo.

Pacientes (o material): Mujer de 67 años con antecedentes de HTA, cardiopatía hipertensiva, dislipemia, AC x FA (apixabán), neoplasia de mama intervenida y actualmente en remisión. Remitida a cirugía vascular por episodios de mareo autolimitados, sin pérdida de consciencia ni relajación esfinteriana, de 6 meses de evolución. En la exploración vascular ausencia de pulsos a todos los niveles en MMSS, sin otros hallazgos significativos. Anamnesis por aparatos anodina.

Metodología: Se diagnostica mediante eco-doppler, angio-TC y arteriografía de oclusión severamente calcificada de tronco braquiocefálico derecho

con fenómeno de robo vertebrosubclavio derecho, y estenosis severa de arteria axilar izquierda. Se descartan causas cardiológica y neurológica como origen de la clínica. Se realiza *bypass* carótido-carotídeo con tunelización retroesofágica de dacrón 7 mm.

Resultados y conclusiones: El postoperatorio es favorable y el estudio ecográfico al mes muestra permeabilidad del *bypass*. En las revisiones posteriores la paciente se encuentra asintomática desde el punto de vista neurológico. En casos de robo vértebro-subclavio sintomático está indicada la corrección quirúrgica. Este es un caso atípico en el que la revascularización de la arteria subclavia derecha se consiguió de forma indirecta mediante realización de *bypass* carótido-carotídeo.

P 32. TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE ROBO VÉRTEBRO-SUBCLAVIO. NUESTRA EXPERIENCIA DE 20 AÑOS

Silvia Maqueda Ara, Marcos del Barrio Fernández, Marta Ballesteros Pomar, Cristina Nogal Arias, Andrés Zorita Calvo
Hospital de León. León

Objetivos: El robo vértebro-subclavio (RVS) es un fenómeno de inversión de flujo en la arteria vertebral condicionado por una lesión subclavia proximal. La mayoría de las veces es asintomático o produce escasa clínica. Se recomienda su reparación en pacientes con clínica de fosa posterior o disfunción encefálica global.

Pacientes (o material): Se realiza una revisión sistemática de los síndromes de RVS tratados en nuestro servicio desde enero de 1998 hasta enero de 2018.

Metodología: Se intervinieron cuatro pacientes con RVS sintomático. En dos de los casos se optó por tratamiento endovascular mediante *ATP-stent* subclavio. En los dos casos restantes se utilizó *bypass* extraanatómico de troncos supraaórticos. No se produjeron complicaciones perioperatorias y se comprobó mejoría clínica en las revisiones en todos los casos.

Resultados y conclusiones: Las series de casos de RVS intervenidos presentan escaso número de pacientes. Existe controversia sobre la mejor estrategia terapéutica. En ambas modalidades de tratamiento (cirugía convencional abierta y tratamiento endovascular) se ha reportado escaso número de complicaciones significativas y se han mostrado permeabilidades buenas a medio plazo.

P 38. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A METICILINA (SARM) EN PSEUDOANEURISMA INFECCIOSO CAROTÍDEO

Ángel Xavier Tenezaca Sari¹, Cristina Tello Díaz¹, Carlos Marrero Eligio de la Puente¹, Valentín Fernández Valenzuela¹, Laura Escolà Verge², Sergi Bellmunt Montoya¹
Servicios de ¹Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular, y ²Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

Objetivos: Describir la etiología y tratamiento de un caso clínico de pseudoaneurisma infeccioso de arteria carótida interna derecha.

Pacientes (o material): Hombre de 69 años, hipertenso. Acude a urgencias por tumoración pulsátil laterocervical derecha de crecimiento progresivo de un mes de evolución, sin signos flogóticos, con disfonía, dolor leve ocasional, leucocitosis y aumento de PCR. Antecedente de odontalgia ipsilateral y extracción de tercer molar cuatro semanas antes. Ecografía y angio-TAC muestran pseudoaneurisma de arteria carótida interna derecha de 3,9 x 4,5 cm de diámetro con trombo exéntrico y captación hipermetabólica en PET-TAC, así como lesión nodular intraparotídea derecha. Hemocultivos negativos.

Metodología: Orientado como pseudoaneurisma infeccioso carotídeo probablemente relacionado con foco dental, se inicia antibioticoterapia empírica con amoxicilina/clavulánico y de forma programada se realiza *bypass* término-terminal desde arteria carótida común derecha a carótida interna ipsilateral con

vena safena interna invertida más ligadura de arteria carótida externa, no presenta incidencias intraoperatorias, el paciente despierta sin focalidad neurológica. En el cultivo de muestras intraoperatorias se aísla *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SAMR) por determinación directa del gen *mecA*, se añade vancomicina al tratamiento antibiótico previo, y posterior cambio a linezolid para continuar tratamiento antibiótico por seis semanas de forma ambulatoria, y ajustado a antibiograma.

Resultados y conclusiones: Evolución posoperatoria favorable, alta médica el séptimo día posquirúrgico, el paciente mantiene buen estado general, disfonía, disfagia, afebril, sin focalidad neurológica, herida quirúrgica sin signos de complicación, normalización de leucocitos y PCR. Tras estudio dirigido por disfonía y disfagia es diagnosticado de parálisis de cuerda vocal derecha e insuficiencia glótica grave. Ecografía de control muestra correcta permeabilidad del *bypass*, sin presencia de colecciones. Estudio de anatomía patológica de tumoración parotídea resulta como sialoadenitis aguda (sin presencia de células malignas). El pseudoaneurisma infeccioso de arteria carótida interna es una entidad clínica muy infrecuente y el aislamiento de SARM es aún más raro. Ante la sospecha de pseudoaneurisma infeccioso la resección y reconstrucción mediante injerto venoso autólogo es la técnica quirúrgica de elección.

P 52. TRATAMIENTO COMBINADO DE DISFAGIA LUSORIA Y ESTENOSIS CAROTÍDEA IPSILATERAL CONCOMITANTE

Laura Yáñez García, Melina Vega de Ceniga, June Blanco Larizgoitia, Andoni González Fernández, Luis Estallo Laliena
Hospital Universitario de Galdakao-Usansolo. Galdakao, Vizcaya

Objetivos: Aunque la arteria subclavia derecha aberrante es la anomalía del arco aórtico más común, la clínica de disfagia lusoria solo aparece en un 0,5-2% de los casos. No existe consenso sobre su tratamiento.

Pacientes (o material): Una mujer de 86 años con antecedentes de hipertensión arterial, hipercolesterolemia e insuficiencia renal crónica, refiere disfonía y progresiva de 1,5-2 años de evolución, con odino-disfagia y pérdida de 10 kg de peso en los 6 últimos meses. En el estudio se halla una arteria subclavia derecha aberrante, no dilatada, que comprime el esófago a su paso retrocardial. Adicionalmente, la paciente presenta una estenosis moderada (60%) carotídea derecha que había condicionado un ictus menor ipsilateral 5 meses antes.

Metodología: Caso clínico.

Resultados: Se realiza, bajo anestesia general, un *bypass* carótido-subclavio derecho con prótesis PTFEe de 6 mm anillado, ligando la arteria subclavia inmediatamente proximal a la salida de la arteria vertebral. En la misma intervención, tras el procedimiento anterior, se realiza una endarterectomía carotídea derecha y angioplastia quirúrgica con parche de dacrón. El posoperatorio transcurre sin complicaciones. La paciente se mantiene asintomática, reanudando una ingesta normal, y con pulsos distales en la extremidad superior derecha. En el CT de control a los 10 días se observa la arteria subclavia derecha trombosada en su recorrido retroesofágico, sin compresión residual, por lo que no se considera necesaria la exclusión de su origen con una endoprótesis torácica.

Conclusiones: La disfagia lusoria puede ser una manifestación clínica tardía de la presencia de una arteria subclavia derecha aberrante. Las técnicas quirúrgicas abiertas combinadas permitieron solucionar en un mismo tiempo la patología subclavia y carotídea ipsilateral concomitante que presentaba la paciente.

P 158. TROMBO FLOTANTE IDIOPÁTICO DE CARÓTIDA COMÚN. A PROPÓSITO DE UN CASO

Diego Soto Valdés, Benito Méndez Feria, Maite Arriola Hernández, Belén Marcos Llergo, Ángel Flores Herrero, Antonio Orgaz Pérez-Grueso
Hospital Virgen de la Salud. Toledo

Objetivos: Presentar el tratamiento quirúrgico urgente de una patología carotídea infrecuente.

Pacientes (o material): Varón de 54 años con antecedentes de hipertensión, dislipemia, diabetes y fumador activo, que consultó en el servicio de urgencias por desarrollar debilidad repentina de su mano izquierda y pérdida del campo visual externo izquierdo. Se realizó una tomografía computarizada (TC) cerebral que descartó hemorragia intracraneal y el electrocardiograma evidenció ritmo sinusal. En el estudio etiológico, el dúplex carotídeo mostró una imagen compatible con un trombo flotante en la carótida común derecha. Una angiografía por TC (angio-TC) de troncos supraaórticos evidenció un defecto de llenado luminal de la carótida común derecha, proximal a la bifurcación carotídea, sugerente de un trombo flotante. Dados los hallazgos se decidió tratamiento quirúrgico urgente.

Metodología: Bajo anestesia general, se realizó una trombectomía quirúrgica abierta mediante una arteriotomía longitudinal. Después de la extracción del trombo, no se evidenció placa ateromatosa subyacente ni disección carotídea. La arteriotomía se cerró con un parche de pericardio bovino. No se presentaron complicaciones intraoperatorias ni eventos neurológicos.

Resultados: El estudio de extensión con angio-TC torácico y ecocardiograma transtorácico no mostró anomalías que sugirieran un origen proximal del trombo. El paciente evolucionó sin incidentes, otorgándose el alta al tercer postoperatorio. El dúplex carotídeo a un mes de seguimiento no mostró remanentes de trombo o estenosis con el paciente asintomático. El estudio hematológico descartó síndromes de hipercoagulabilidad o trombocitosis.

Conclusiones: De acuerdo con la literatura, la mayoría de los pacientes que presentan TFI carotídeo son sintomáticos, presentando síndromes isquémicos neurológicos agudos, como nuestro paciente. El diagnóstico se basa en la ecografía dúplex, pero también consideramos el uso rutinario de angio-TC de troncos supraaórticos para caracterizar la lesión, su extensión y afecciones neurológicas no clínicas. El tratamiento quirúrgico rápido es una alternativa segura, reservando el tratamiento médico (anticoagulación) a pacientes de alto riesgo quirúrgico. Debido a su incidencia poco frecuente, no está claro si el tratamiento endovascular se puede realizar de manera segura.