

Angiología

Volumen 76. Suplemento 1. Págs. 1- 91

2024

69 CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR

4 - 7 de junio de 2024
Madrid



seacv
Sociedad Española de
Angiología y Cirugía Vascular

TREO® FEVAR + ICOVER

SOLUCIÓN INTEGRAL PARA
LA PATOLOGÍA TORACOABDOMINAL

iCover

BX ePTFE covered stent

Perfiles pequeños

Compatible con introductor de 6F hasta los 8 mm de diámetro.

Gran capacidad de post expansión



Doble capa de ePTFE

interno y externo.

Visibilidad única

3 marcadores radiopacos de Tantalio en cada extremo.



TREO® FEVAR

19 F



Apertura parcial, con sistema de constricción concéntrico:

muy precisa, y fácilmente reposicionable.



Fenestraciones con refuerzo de Nitinol

Angiología



© Copyright 2024. SEACV y © ARÁN EDICIONES, S.L.

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

La editorial declina toda responsabilidad sobre el contenido de los artículos que aparezcan en esta publicación.
Publicación bimensual con 6 números al año

Tarifa suscripción anual (precios válidos solo para España): profesional 202,00 € (IVA incluido) -
Instituciones 504 € (IVA incluido)

Esta publicación se encuentra incluida en IBECS, IME, Embase/Excerpta Medica, Biological Abstract, Scopus, Science Direct, Emerging Sources Citation Index (ESCI), Latindex, GFMER, ScIELO y MEDES

La revista *Angiología* es una revista open access, lo que quiere decir que todo su contenido es accesible libremente sin cargo para el usuario individual y sin fines comerciales. Los usuarios individuales están autorizados a leer, descargar, copiar, distribuir, imprimir, buscar o enlazar a los textos completos de los artículos de esta revista sin permiso previo del editor o del autor, de acuerdo con la definición BOAI (Budapest Open Access Initiative) de open access.

Esta revista se publica bajo licencia CC BY-NC-SA (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).



La reutilización de los trabajos puede hacerse siempre y cuando el trabajo no se altere en su integridad y sus autores sean adecuadamente referenciados o citados en sucesivos usos, y sin derecho a la producción de obras derivadas.

Suscripciones

C/ Orense, 11, 4.^a - 28020 Madrid - Tel. 91 782 00 30 - Fax: 91 561 57 87
e-mail: suscripc@grupoaran.com

Publicación autorizada por el Ministerio de Sanidad como Soporte Válido, Ref. SVP. Núm. 1/19-R-CM.
ISSN (versión papel): 0003-3170. ISSN: (versión electrónica): 1695-2987
Depósito Legal: M-3229-2019

ARÁN EDICIONES, S.L.

C/ Orense, 11, 4.^a - 28020 Madrid - Tel. 91 782 00 30 - Fax: 91 561 57 87
e-mail: angiologia@grupoaran.com

ARÁN

www.revistaangiologia.es

Angiología

Director/Editor Jefe

Prof. Dr. José Antonio González Fajardo
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid
gonzalezfajardoja@gmail.com

Editor Originales

Prof. Dr. Manuel Miralles Hernández
Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia
mirallesm@telefonica.net

Secretaria de Redacción

Rosa María Moreno Carriles
Hospital San Rafael. Madrid
rmorca@gmail.com

How I do it

Albert Clará Velasco
Hospital Universitario del Mar. Barcelona
aclara@parcdosalutmar.cat

Antonio Martín Conejero
Hospital Clínico San Carlos. Madrid
amartinconejero@gmail.com

Editores Asociados

Artículos Especiales

Sergi Bellmunt Montoya
Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona
sbellmunt@vhebron.net

Lourdes del Río Solá
Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid
lrio@saludcastillayleon.es

Casos Clínicos

Noelia Cenizo Revuelta
Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid
noecen@yahoo.es

Enrique San Norberto García
Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid
esanorberto@hotmail.com

Consejo Editorial

Manuel Alonso Pérez
Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo
malonsopcorreo2@gmail.com

Nicolás Allegue Allegue
Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona
nallegue@gmail.com

Manel Arrebola López
Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia
manelarrebola@hotmail.com

Marta Ballesteros Pomar
Hospital Universitario de León. León
mballesterospomar@seacv.es

Estrella Blanco Cañibano
Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara
estrelb@gmail.com

José Ignacio Blanes Mompó
Hospital General de Valencia. Valencia
nachoblanesm@gmail.com

José M.ª Escribano Ferrer
Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona
josemariaescribano.jme@gmail.com

Leopoldo Fernández Alonso
Hospital de Navarra. Pamplona
leopoldofa@gmail.com

Jorge Fernández Noya
Hospital Clínico Universitario de Santiago de
Compostela. Santiago de Compostela, A Coruña
jfernoy@gmail.com

Juan Fontcuberta García
Hospital de la Zarzuela-Sanitas. Madrid
juanfontcuberta@movistar.es

Francisco Gómez Palomés
Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia
pgomez@gmail.com

Joaquín de Haro Miralles
Hospital Universitario de Getafe. Getafe, Madrid
deharojoaquin@yahoo.es

Elena Iborra Ortega
Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona
eiborra@bellvitgehospital.cat

Raúl Lara Hernández
Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca
drlarahernandez@yahoo.es

Jose Patricio Linares Palomino
Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada
jlinaresp@ugr.es

Secundino Llagostera Pujol
Hospital Universitario Germans Trias i Pujol.
Badalona, Barcelona
sllagostera.germanstrias@gencat.cat

Cristina López Espada
Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada
clegra3@hotmail.com

José Ramón March García
Hospital Universitario de Getafe. Getafe, Madrid
jrmarchg@gmail.com

Francisco Xavier Martí Mestre
Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona
xamame@hotmail.com

José Miguel Martín Pedrosa
Hospital Universitario de Valladolid. Valladolid
jmmartin@saludcastillayleon.es

Isaac Martínez López
Hospital Clínico San Carlos. Madrid
isaacml20@hotmail.com

Lucas Mengibar Fuentes
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla
lucasmengibar@me.com

Gaspar Mestres Alomar
Hospital Clínico de Barcelona. Barcelona
gasparmestres@gmail.com

Pilar Caridad Morata Barredo
Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara
cmoratabarredo@hotmail.com

José Luis Pérez Burckardt
Hospital Universitario de La Laguna.
San Cristóbal de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife
jperez63@gmail.com

Andrés Reyes Valdivia
Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid
cauzaza@hotmail.com

Rodrigo Rial Horcajo
Capítulo Español de Flebología y Linfología (CEFYL).
Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascolar. Madrid
doctorrial@gmail.com

Alejandro Rodríguez Morata
Hospital Quirón. Málaga
rodriguezmorata@gmail.com

Manuel Rodríguez Piñero
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz
mropinero@gmail.com

Luis Miguel Salmerón Febres
Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada
lmsalmeron95@gmail.com

Teresa Solanich Valdaura
Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell, Barcelona
33959tsv@comb.cat

Álvaro Torres Blanco
Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia
atorres658@yahoo.es

Ramón Vila Col
Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona
rvila@bellvitgehospital.cat

Exdirectores

A. Martorell

M. P. Martorell

M.A. Cairols (2001-2005)

F. Acín (2005-2009)

F. Vaquero (2009-2013)

F. Lozano (2013-2017)



seacv
Sociedad Española de
Angiología y Cirugía Vascolar

Fundación de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascolar

Publicación Oficial de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascolar, de sus capítulos, secciones y grupos de trabajo: Flebología y Linfología, Diagnóstico no Invasivo, Cirugía Endovascular, Pie Diabético, Medicina Vascolar y de Calidad.
www.seacv.es

Órgano Oficial de las Sociedades Autonómicas/Regionales:

Sociedad de Angiología, Cirugía Vascolar y Endovascular de Madrid

Sociedad Andaluza de Angiología y Cirugía Vascolar

Sociedad Aragonesa de Angiología y Cirugía Vascolar

Sociedad Asturiana de Angiología y Cirugía Vascolar y Endovascular

Sociedad Canaria de Angiología y Cirugía Vascolar

Sociedad Castellano-Leonesa de Angiología y Cirugía Vascolar

Societat Catalana d'Angiologia i Cirurgia Vascolar i Endovascular

Sociedad Centro de Angiología y Cirugía Vascolar

Sociedade Galega de Anxiologia e Ciruxia Vascolar

Sociedad Norte de Angiología y Cirugía Vascolar

Sociedad Riojana de Cirugía Vascolar

Societat Valenciana d'Angiologia i Cirurgia Vascolar

Sociedad Vasco Navarra de Angiología y Cirugía Vascolar

69

Congreso SEACV

4-7 Junio 2024

MADRID



Sociedad Española
de Angiología y Cirugía Vascular

www.seacv.es

www.congresos-seacv.es

SEDE: HOTEL MELIÁ CASTILLA



XXI Congreso Nacional del Capítulo
de Diagnóstico Vascular



XIX Congreso Nacional del
Capítulo de Cirugía Endovascular



XXXI Congreso Nacional del
Capítulo Español de Flebología
y Linfología

Oscar®

Catéter multifuncional periférico

One Solution: Cross. Adjust. Restore.

Una solución

Consiga más con menos.
Optimice la gestión de sus depósitos
y simplifique el flujo de sus
procedimientos.



Ajuste y restablezca

Personalice su angioplastia
adaptando el balón
exactamente a la longitud de
la lesión y restableciendo el
flujo sanguíneo.

Cruce

El soporte ajustable por el
usuario le permite elegir la
capacidad de empuje y la
flexibilidad que necesita.



Los balones de ATP Oscar también están disponibles por separado. Solo deben utilizarse con el catéter de soporte Oscar suministrado previamente, como se indica en la tabla de compatibilidad. Oscar es una marca o una marca registrada del grupo de empresas BIOTRONIK.



BIOTRONIK
excellence for life



69 Congreso SEACV

www.congresos-seacv.com

4 - 7 junio 2024
Madrid

JUNTA DIRECTIVA SEACV

Presidente

Manuel Rodríguez Piñero

Vicepresidenta primera

Marta Ballesteros Pomar

Vicepresidente segundo

José Ramón March García

Secretaria

Elena Iborra Ortega

Tesorera

Ana Cristina Marzo Álvarez

VOCALES

Vocalía de Publicaciones

Enrique San Norberto García

Vocalía de Formación Continuada

Álvaro Fernández Heredero

Vocalía de Investigación

Joaquín de Haro Miralles

Vocalía de Relación con Sociedades Internacionales

Nilo Mosquera Arochena

Vocalía de Asuntos Profesionales y Práctica Privada

Sergi Bellmunt Montoya

Vocalía de Relación con Sociedades Autonómicas y Registro

Sandra Vicente Jiménez

Vocalía de Nuevas Tecnologías y Presencia Web

Fernando Gallardo Pedrajas

Vocalía de Especialistas en Formación

Maria Isabel Badell Fabelo

COMITÉ ORGANIZADOR LOCAL

Manuel Rodríguez Piñero
Marta Ballesteros Pomar
José Ramón March García
Elena Iborra Ortega
Ana Cristina Marzo Álvarez

COMITÉ CIENTÍFICO

Jesús Álvarez
Patricia Rodríguez
Álvaro Torres
Noelia Cenizo
Antonio Martín Conejero (CFyL)
Joan Fité (CDV)
Sara González (CCEV)



ATERINA
SULODEXIDA



FINANCIADA desde
C3-Edema (moderado-grave)
a C6-Úlcera Venosa

La **protección endotelial** para el sistema venoso

- ✓ Indicada en el Tratamiento de la Insuficiencia Venosa Crónica y en el Tratamiento de las Úlceras Venosas
- ✓ Además de mejorar los síntomas y signos, previene la progresión de la Enfermedad Venosa Crónica⁽¹⁻⁴⁾



ALFASIGMA 
es.alfasigma.com

Sumario

Vol. 76 Supl. 1

| | |
|---|----|
| LAS 18 MEJORES COMUNICACIONES ORALES | 1 |
| COMUNICACIONES ORALES | 15 |
| Troncos supraaórticos | 15 |
| Sector femoropoplíteo y distal | 16 |
| Sector aortoiliaco | 22 |
| Flebología | 32 |
| Miscelánea | 36 |
| PANELES | 44 |
| E-POSTERS | 69 |

sumario



ATERINA

SULODEXIDA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: ATERINA 15 mg cápsulas blandas. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** ATERINA 15 mg cápsulas blandas: cada cápsula blanda contiene 15 mg de sulodexida equivalente en actividad "in vitro" a: 150 unidades lipasémicas (ULS), y a 1.350 unidades internacionales anti-factor X activado (UI anti Xa). Excipientes con efecto conocido: Cada cápsula blanda contiene 0,267 mg de Amarillo anaranjado S (E110), 0,043 mg de Rojo cochinitilla A (E124), 0,304 mg de Etil parahidroxibenzoato de sodio (E215), 0,151 mg de Propil parahidroxibenzoato de sodio (E217). Para consultar la lista completa de excipientes, ver *Lista de excipientes*. **DATOS CLÍNICOS: Indicaciones terapéuticas:** ATERINA está indicado en adultos. Tratamiento de la insuficiencia venosa crónica. Tratamiento de la úlcera venosa crónica. Tratamiento sintomático de la claudicación intermitente en la enfermedad arterial periférica oclusiva (estadio II). **Posología y forma de administración:** *Tratamiento de la insuficiencia venosa crónica:* Se recomienda administrar dos cápsulas de 15 mg dos veces al día (4 cápsulas al día en total) durante 3 meses. *Tratamiento de la úlcera venosa crónica:* Se recomienda iniciar el tratamiento con 60 mg al día por vía parenteral (ampollas) durante 15-20 días y continuar con la formulación oral de 2 cápsulas de 15 mg dos veces al día (4 cápsulas al día), pudiendo aumentarse según respuesta clínica hasta un máximo de 3 cápsulas de 15 mg dos veces al día (6 cápsulas al día). La duración recomendada del tratamiento es de 2-3 meses. *Tratamiento sintomático de la claudicación intermitente en la enfermedad arterial periférica oclusiva (estadio II):* Se recomienda iniciar el tratamiento con 60 mg al día por vía parenteral (ampollas) durante 15-20 días y continuar con la formulación oral de 2 cápsulas de 15 mg dos veces al día (4 cápsulas al día), pudiendo aumentarse según respuesta clínica hasta un máximo de 3 cápsulas de 15 mg dos veces al día (6 cápsulas al día). La duración recomendada es de 6 meses. **Población pediátrica:** No se ha establecido la seguridad y eficacia de ATERINA en niños y adolescentes. No se dispone de datos. **Insuficiencia hepática:** No se dispone de datos sobre la seguridad y eficacia en pacientes con insuficiencia hepática. **Personas de edad avanzada:** los estudios clínicos realizados con pacientes mayores de 65 años demuestran que no es necesario ajustar la dosis en estos pacientes. **Forma de administración:** Las cápsulas deben ingerirse con líquido y separadas de las comidas. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad al principio activo, a la heparina, a medicamentos similares o a alguno de los excipientes incluidos en la sección *Lista de excipientes*. Sulodexida está contraindicada en pacientes con enfermedades y diátesis hemorrágicas. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** A las dosis recomendadas, sulodexida no modifica significativamente los parámetros de coagulación. No obstante, sulodexida puede aumentar el efecto anticoagulante de la heparina o de los anticoagulantes orales. En caso de tratamiento anticoagulante concomitante, se recomienda administrar con precaución y realizar un control periódico de los parámetros de coagulación. Se deberá administrar con precaución en pacientes con riesgo aumentado de complicaciones hemorrágicas. **Advertencias sobre excipientes:** ATERINA 15 mg cápsulas blandas puede producir reacciones alérgicas porque contiene Amarillo anaranjado S (E110) y Rojo cochinitilla A (E124). Puede provocar asma, especialmente en pacientes alérgicos al ácido acetilsalicílico. Puede producir reacciones alérgicas (posiblemente retardadas) porque contiene Etil parahidroxibenzoato de sodio (E215) y Propil parahidroxibenzoato de sodio (E217). Este medicamento contiene menos de 23 mg de sodio (1 mmol) por cápsula; esto es, esencialmente "exento de sodio". **Trazabilidad:** con objeto de mejorar la trazabilidad de los medicamentos biológicos, el nombre y el número de lote del medicamento administrado deben estar claramente registrados. **Interacciones con otros medicamentos y otras formas de interacción:** La sulodexida es un heparinoide, por lo que puede aumentar el efecto anticoagulante de la heparina o de los anticoagulantes orales. En caso de tratamiento anticoagulante concomitante, se recomienda administrar con precaución y realizar un control periódico de los parámetros de coagulación. **Fertilidad, embarazo y lactancia: Embarazo:** No hay datos o éstos son limitados (datos en menos de 300 embarazos) relativos al uso de sulodexida en mujeres embarazadas. Los estudios en animales no sugieren efectos perjudiciales directos ni indirectos en términos de toxicidad para la reproducción. Como medida de precaución, es preferible evitar el uso de ATERINA durante el embarazo. **Lactancia:** Se desconoce si sulodexida o sus metabolitos se excretan en la leche materna. No se puede excluir el riesgo en recién nacidos/niños. Debe interrumpirse la lactancia durante el tratamiento con ATERINA. **Fertilidad:** Los estudios en animales no indican efectos perjudiciales directos ni indirectos en referencia a la fertilidad femenina o masculina. **Efecto sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar máquinas:** La influencia de ATERINA sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es nula o insignificante. **Reacciones adversas:** La seguridad de sulodexida ha sido evaluada en más de 4.800 pacientes tratados con sulodexida que han participado en los ensayos clínicos. De ellos, más de 2.200 pacientes fueron tratados durante al menos un año. La frecuencia de reacciones adversas asociadas al tratamiento con sulodexida procede de estudios clínicos realizados en pacientes tratados con la posología y duración estándar. Asimismo, durante la post-comercialización se han notificado reacciones adversas cuya frecuencia no puede ser establecida a partir de los datos disponibles (frecuencia no conocida). A continuación se listan las reacciones adversas según la clasificación de órganos del sistema MedDRA, con la siguiente convención de frecuencias: muy frecuentes ($\geq 1/10$); frecuentes ($\geq 1/100$ a $< 1/10$); poco frecuentes ($\geq 1/1.000$ a $< 1/100$); raras ($\geq 1/10.000$ a $< 1/1.000$); muy raras ($< 1/10.000$); frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). **Trastornos del sistema nervioso:** *Poco frecuentes:* Cefalea. *Muy raras:* Pérdida de consciencia. **Trastornos del oído y del laberinto:** *Frecuentes:* Vértigo. **Trastornos gastrointestinales:** *Frecuentes:* Dolor epigástrico, diarrea, náuseas. *Poco frecuentes:* Molestia abdominal, dispepsia, flatulencia, vómitos. *Muy raras:* Hemorragia gástrica. *Frecuencia no conocida:* Trastorno gastrointestinal, melenas, piroxia. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** *Frecuentes:* Erupción. *Poco frecuentes:* Eczema, eritema, urticaria. *Frecuencia no conocida:* Angioedema, equimosis, pápulas, prurito, rubefacción, Síndrome de Stevens Johnson. **Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración:** *Muy raras:* Edema periférico. **Trastornos de la sangre y del sistema linfático:** *Frecuencia no conocida:* Anemia. **Trastornos del aparato reproductor y de la mama:** *Frecuencia no conocida:* Edema genital, eritema genital, polimenorrea. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos:** *Frecuencia no conocida:* Asma. **Trastornos renales y urinarios:** *Frecuencia no conocida:* Incontinencia urinaria. **Trastornos vasculares:** *Frecuencia no conocida:* Epistaxis, sofocos. **Notificación de sospechas de reacciones adversas:** Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continua de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano: www.notificam.es. **Sobredosis:** La hemorragia es el efecto adverso que puede ocurrir más frecuentemente con una sobredosis. En caso de hemorragia es necesario inyectar sulfato de protamina (solución al 1%), tal como se utiliza en las hemorragias por heparina. **DATOS FARMACÉUTICOS: Lista de excipientes:** *Contenido de la cápsula:* Laurilsarcosinato sódico, Dióxido de silicio, Triacetina. *Componentes de la cápsula:* Gelatina, Glicerol (E422), Etil parahidroxibenzoato de sodio (E215), Propil parahidroxibenzoato de sodio (E217), Amarillo anaranjado S (E110), Rojo cochinitilla A (E124), Dióxido de titanio (E171). **Incompatibilidades:** No procede. **Precauciones especiales de conservación:** No conservar a temperatura superior a 30 °C. **Precauciones especiales de eliminación:** Ninguna especial. La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él, se realizará de acuerdo con la normativa local. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Alfasigma España, S.L. Avda. Diagonal, 490-08006 Barcelona. **PRESENTACIÓN:** ATERINA 15 mg cápsulas blandas se presenta en envases de 60 cápsulas. **PVP/IVA:** 13,47 €. Medicamento sujeto a condiciones de prescripción médica restringida. Medicamento incluido en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud. Aportación reducida. **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** Noviembre 2021.

Bibliografía: 1. Bignamini AA, Matuska J. Adv Ther. 2020 Mar;37(3):1013-1033. 2. Carroll BJ et al. J Thromb Haemost. 2019 Jan;17(1):31-38. 3. Ligi D, et al. J Cardiovasc Pharmacol. 2020 Mar;75(3):208-210. 4. Castro-Ferreira R et al. Ann Vasc Surg. 2018. Jan;46:380-393.



LAS 18 MEJORES COMUNICACIONES ORALES

CO 9. INCIDENCIA DE LA INFECCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA INGUINAL CERRADA CON SUTURA INTRADÉRMICA O GRAPAS METÁLICAS: ENSAYO CLÍNICO PRAGMÁTICO, ALEATORIZADO, ABIERTO Y EN PARALELO

Albert González Sagredo¹, Miquel Gil Olaria², Mario Doria³, Thiago Carnaval², Sebastián Videla Ces², Secundino Llagostera Pujol², Elena Iborra Ortega¹

¹Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona, España. ²Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona, España.

³Trieste University Hospital. Trieste, Italia

Objetivos: El objetivo primario del ensayo clínico es determinar si la incidencia de infección de herida quirúrgica inguinal a los 28 días en abordajes femorales para cirugía arterial, es menor cuando el cierre se realiza con sutura intradérmica respecto al cierre con grapas. Los objetivos secundarios son estudiar la asociación entre infección de herida y estado nutricional, índice de masa corporal, duración del procedimiento, longitud de la herida, indicación quirúrgica y tiempo de estancia hospitalaria preintervención. También analizaremos los microorganismos asociados a la infección y otras complicaciones de herida quirúrgica.

Material: Estudio aleatorizado, multicéntrico, multiestado, abierto, en paralelo y pragmático, desarrollado en 3 hospitales terciarios de España e Italia. El estudio ha sido aprobado por el Comité Ético (PR047/22) y el protocolo del estudio ha sido publicado en *Medicine* (R).

Metodología: Los pacientes han sido aleatorizados con ratio 1:1 a grapas metálicas (grupo control) o sutura intradérmica (grupo experimental). El cálculo de tamaño muestral asumiendo una potencia del 80 %, un error alfa del 5 % y unas pérdidas esperadas del 10 %, es de 224 pacientes. El análisis estadístico se ha realizado por intención de tratar mediante el paquete R (R) 4.1.0 Windows Core (R).

Para comparar la variable principal se ha empleado el test de χ^2 y para las variables secundarias el test de χ^2 y el test exacto de Fisher. Se ha estimado el riesgo relativo y su intervalo de confianza del 95 %.

Resultados: Un total de 113 pacientes fueron aleatorizados al grupo de grapas metálicas y 112 al grupo de sutura intradérmica. No existieron diferencias significativas en cuanto a las características basales de los grupos. La incidencia de infección de herida quirúrgica a los 28 días fue del 5,3 % (6/113, IC 95 %: 2,5-11,1) en el grupo de grapas metálicas y del 7,1 % (8/112, IC 95 %: 3,7-13,5) en el de sutura intradérmica (RR 1,35, IC 95 %: 0,48-3,75; $p = 0,769$). Tampoco existieron diferencias significativas en cuanto a las variables secundarias.

Conclusiones: La sutura intradérmica no se asocia con una reducción de la incidencia de infección de herida quirúrgica en comparación con el uso de grapas metálicas.

CO 146. ESTUDIO DE LOS FACTORES DETERMINANTES DEL DIÁMETRO AÓRTICO EN FAMILIAS CON ALTO RIESGO DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL: THE TAGA STUDY

Quim Jubert Raventós, Olga Peypoch Pérez, Josep Maria Romero Carro, Mercedes Camacho Pérez, Maria Sabater Lleal, Jaume Dilmé Muñoz
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

Objetivos: El aneurisma de aorta abdominal es una patología compleja en la que factores genéticos y ambientales contribuyen al desarrollo de la enfermedad. Hasta ahora, muy pocos estudios han investigado los determinantes genéticos y ambientales de la variación normal del diámetro de la aorta. Este trabajo tiene como objetivo presentar los principales determinantes del diámetro aórtico

en una nueva cohorte de familias con alto riesgo de aneurisma de aorta abdominal.

Material: El estudio comprende 407 individuos emparentados en 12 familias. Cada familia fue incluida a través de un primer paciente diagnosticado de aneurisma de aorta abdominal (diámetro > 30 mm). Todas las familias incluían por lo menos 10 individuos y más de tres generaciones. Todos los miembros de la familia eran incluidos, independientemente del tamaño aórtico.

Metodología: Se calcularon la heredabilidad y las correlaciones genéticas entre el diámetro de la aorta abdominal y distintos parámetros clínicos. Para identificar regiones genéticas asociadas al diámetro de la aorta, se realizó un estudio de asociación del genoma completo basado en 4,6 millones de variantes genéticas. Finalmente, se calculó un modelo predictivo de aprendizaje automático (*conditional forest*) para investigar qué factores clínicos y genéticos predicen el diámetro de la aorta en nuestra población.

Resultados: El cálculo de la heredabilidad indica que los factores genéticos explican el 34 % (IC: 0,34-0,39) de la varianza fenotípica total en el diámetro de la aorta abdominal, después de controlar por sexo y edad. La edad avanzada, el sexo masculino, la altura, el peso, los niveles de creatinina en suero y una mayor capacidad pulmonar fueron los mejores predictores del diámetro aórtico. Los análisis genéticos sugirieron la implicación de los genes del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) y de la betacelulina (BTC) en el diámetro aórtico.

Conclusiones: Estos resultados revelan que el EGFR, un gen que previamente había sido implicado en el aneurisma de aorta abdominal, es determinante en la variación del diámetro aórtico en individuos sanos, pero genéticamente en riesgo, y podría indicar que un trasfondo genético común podría determinar el diámetro de la aorta y el riesgo futuro de desarrollar un aneurisma de aorta abdominal.

CO 46. COMPARACIÓN DE LOS STENTS CUBIERTOS iCOVER Y VBX UTILIZADOS COMO PUENTE EN LAS ENDOPRÓTESIS FENESTRADAS. UN ESTUDIO *IN VITRO*

Carla Blanco Amil, Gaspar Mestres Alomar, Donovan Ruiz Camacho, Victoria Gamé Figueroa, Fabricio Barahona Ulloa, Vicente Rimbau Alonso
Hospital Clínic Barcelona. Barcelona

Objetivos: Comparar *in vitro* diferentes propiedades de dos *stents* cubiertos expandibles con balón, VBX e iCover en su uso como *stents* puente durante el fEVAR.

Material: Se utilizaron 12 *stents* (6 VBX 6 × 59 mm y 6 iCover 6 × 57 mm), 12 fenestras realizadas a mano de 6mm de diámetro, soportes diseñados con impresora 3D, equipo de tomografía computarizada, bandejas para sumergir las muestras a 37°, dinamómetro Zwick Roell calibrado, sistema de presurización para el test de permeabilidad al agua y estación Osirix Imaging Software v3.8.1.

Metodología: Se diseñaron varios experimentos para evaluar la visibilidad en unidades Hounsfield (UH), el diámetro en tres puntos, el acortamiento del *stent*, la integridad del *stent* tras su expansión en una fenestración de 6 mm de diámetro con un flair de 8 mm y el área de permeabilidad luminal residual a 90°, mediante la realización de TC y análisis de los resultados por dos observadores diferentes. El análisis biomecánico incluyó una prueba de flexión de tres puntos, test de fuerza de extracción y fuerza de cizalla, en un laboratorio de biofísica. Los datos de carga, deformación y desplazamiento se registraron en Newtons (N).

Resultados: iCover fue más radiopaco que VBX (4935,2 frente a 2574,4UH, $p < 0,001$) pero VBX presentó marcas del balón más radiopacas (14 548,8 frente a 11 077,9UH, $p < 0,001$). No hubo diferencias significativas en los diámetros después de la expansión en fenestra y realización de flair, pero VBX presentó mayor porcentaje de acortamiento que iCover (8,32 % frente a 2,57 %, $p < 0,001$). El *stent* a 90° no mostró un porcentaje de compresión

significativo (12 % iCover frente a 19 % VBX, $p = 0,146$) y la fuga de agua integral a 120 mmHg fue 0 en ambos casos. Se requirieron fuerzas mayores para doblar el VBX crimpado (8,84 N frente a 6,81 N, $p = 0,004$) pero menores para el VBX expandido (0,36 N frente a 1,01 N, $p = 0,004$). Las fuerzas de extracción fueron de 7,29 N para iCover y 14N para VBX ($p = 0,333$) y las fuerzas de cizalla de 3,55 N para iCover y 2,51 N para VBX ($p = 0,486$).

Conclusiones: Tras el estudio de las diferentes propiedades, VBX e iCover mostraron resultados similares que demuestran su competencia en condiciones *in vitro* en su uso como *stents* puente en el FEVAR.

CO 21. LA RATIO HDL-C/NLR, NUEVO BIOMARCADOR DEL RIESGO CARDIOVASCULAR Y DE LA MORTALIDAD EN SUJETOS CON ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA Y DIABETES

Irantzu Unzaga Rubio¹, Esther Martínez Aguilar¹, Roger Antoni Frigola Castro¹, Leopoldo Fernández Alonso¹, Sebastián Fernández Alonso¹, Carmen Roncal Mancho²

¹Hospital Universitario de Navarra. Pamplona. ²CIMA. Universidad de Navarra. Pamplona

Objetivos: La enfermedad arterial periférica (EAP) y la diabetes mellitus (DM) se asocian con un elevado riesgo cardiovascular (CV) y mortalidad de forma independiente. Combinadas implican deterioro vascular acelerado y riesgo 2-3 veces mayor de amputación y mortalidad que los pacientes sin DM. La hipótesis de que los mecanismos moleculares y/o celulares se afectan de manera distinta en la EAP, con o sin DM, nos lleva a buscar biomarcadores que permitan identificar pacientes con mayor riesgo de sufrir eventos CV y mortalidad.

Material: Se recogieron datos clínicos, demográficos, analíticos, tratamientos, eventos cardiovasculares adversos mayores (MACE) y mortalidad de 364 pacientes con EAP (197 DM y 167 no DM) en seguimiento medio de 5,08 años.

Metodología: Análisis multivariante estimado por modelos de regresión de Cox.

Resultados: En pacientes con EAP-DM, niveles elevados de ratio neutrófilo/linfocito (NLR) se asociaron con aumento significativo de mortalidad CV (HR: 2,69; IC 95 %; 1,01-7,14), MACE-3 (HR: 2,12; IC 95 %; 1,03-4,33), amputación (HR: 6,9; IC 95 %; 1,26-37,83), MACE-1 (HR: 4,76 %; IC 95 %; 1,61-14,07), MACE-2 (HR: 2,23 %; IC 95 %; 1,18-4,22), empeoramiento de función renal (EFR) (HR: 3,04 %; IC 95 %; 1,53-6,04) y cardiopatía isquémica (CI) en los terciles 2 y 3 (HR: 2,99; IC 95 %: 1,01-8,86 y HR: 3,83; IC 95 %: 1,28-11,47), en el modelo ajustado por factores de riesgo habituales. Niveles bajos de HDL-C, presentaban mayor riesgo de eventos CV (MACE-3) (HR: 2,62; IC 95 %; 1,23-5,56) y ACVA (HR: 7,82; IC 95 %; 1,46-41,90). El ratio HDL-C/NLR se asociaba significativamente con mayor riesgo de amputación mayor (HR: 9,64; IC 95 %: 1,14-81,18), EFR (HR: 2,08; IC 95 %: 1,11-3,89) y mortalidad CV (HR: 4,01; IC 95 %; 1,38-10,63) como por cualquier causa (HR: 2,58; IC 95 %; 1,38-4,83). Niveles medios y bajos presentaron aumento del riesgo de CI (HR: 3,89; IC 95 %: 1,33-11,37 y HR: 5,93; IC 95 %: 1,86-18,88) y MACE-3 (HR: 2,73; IC 95 %: 1,33-5,6 y HR: 3,55; IC 95 %: 1,66-7,59).

Conclusiones: Es el primer estudio en analizar la ratio HDL-C/NLR. Es un nuevo biomarcador útil, sencillo y asequible, que predice de manera independiente la aparición de eventos CV, EFR y la mortalidad tanto CV como por cualquier causa, en pacientes con EAP y DM.

CO 199. HAT (HAND ACCELERATION TIME): TIEMPO DE ACELERACIÓN DE LA MANO: UNA HERRAMIENTA ULTRASONOGRÁFICA ADYUVANTE PARA LA EVALUACIÓN DE LA PERFUSIÓN DE LA MANO

Begoña Gonzalo Villanueva, Sebastián Videla Ces, Carolina Herranz Pinilla, Emma Espinar García, Elena Iborra Ortega
Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Introducción: La perfusión de la mano puede evaluarse mediante diferentes pruebas no invasivas, con resultados variables y sin estandarización. El parámetro ecográfico del tiempo de aceleración, demostrado útil en la evaluación del estatus isquémico del pie (*PAT, pedal acceleration time*), se ha aplicado también en la evaluación de la mano (*HAT, hand acceleration time*), sin haber sido aún validado.

Objetivos: Describir la técnica de evaluación del HAT, y presentar los resultados en 30 manos de pacientes con isquemia crónica de miembros superiores (MMSS) y 30 manos de voluntarios sanos.

Material: Estudio transversal en pacientes con isquemia crónica de MMSS y en voluntarios sanos, utilizando un eco Doppler Philips Epiq Elite. Cuatro localizaciones para evaluar los HAT: arteria principal del pulgar (HAT1), arteria radial del dedo índice (HAT2), primera y tercer arteria digital palmar común (HAT3 y HAT4, respectivamente).

Metodología: Variables categóricas y cuantitativas expresadas como frecuencias absolutas/relativas y mediana/rango intercuartílico, respectivamente. Análisis comparativo descriptivo y exploratorio (prueba U de Mann-Whitney) entre pacientes y voluntarios sanos.

Resultados: 30 manos en 30 pacientes (media [DS] edad: 65 [18]; 53 % mujeres), con 33,3 % DM, 80 % hipertensión, 30 % tabaquismo activo, 73,3 % dislipemia; 50 % con insuficiencia renal crónica terminal (IRCT). 30 manos en 15 voluntarios sanos (media [DS] edad: 35 [10]; 60 % mujeres), sin FRCV. La afectación arterial del miembro superior fue: 23 %, subclavia; 30 %, humeral; 36,7 %, lesiones distales y 13,3 % con isquemia distal inducida por el acceso vascular, pero sin lesiones arteriales significativas. Clínicamente, 43,3 % lesiones tróficas, 10 % dolor de reposo, 20 % claudicación del brazo y 26,7 % asintomáticos. Resultados de los HAT en pacientes y voluntarios sanos, expresados por su mediana y rango intercuartílico: HAT1: 160 (100-272) y 60 (40-88), valor de $p < 0,001$; HAT 2: 168 (120-348) y 60 (36-80), valor de $p < 0,001$; HAT 3: 172 (88-320) y 64

(36-88), valor de $p < 0,001$; HAT 4: 156 (84-260) y 56 (44-92), valor de $p < 0,001$; radial: 160 (80-266) y 60 (55-76), valor de $p < 0,001$; cubital: 160 (76-236) y 61 (48-76), valor de $p < 0,001$.

Conclusiones: La evaluación de los HAT parece una técnica sensible, observándose diferencias estadísticamente significativas entre manos isquémicas y sanas, pudiendo complementar los métodos de diagnóstico no invasivos actuales.

CO 62. ASOCIACIÓN ENTRE METILACIÓN DEL ADN Y MORTALIDAD EN PACIENTES CON ISQUEMIA CRÓNICA DE MIEMBROS INFERIORES

Lidia Marcos García¹, Alina Velescu¹, Mónica Lacambra Peñart¹, Sonia Pérez Cabezón¹, Isaac Subirana Cachinero², Albert Clarà Velasco¹, Roberto Elosua Llanos²

¹Hospital del Mar. Barcelona. ²Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques (MIM). Barcelona

Introducción: La epigenética, que estudia los cambios en la expresión genética sin alterar la secuencia del ADN, ofrece nuevas perspectivas para comprender enfermedades complejas como la Isquemia Crónica de Miembros Inferiores (IC-MMII). La metilación del ADN, uno de los procesos epigenéticos conocidos, se ve influenciada por factores como el tabaquismo y la diabetes, ambos asociados con la IC-MMII.

Objetivo: Evaluar la asociación entre la metilación de 3 regiones genómicas (Cg0557521, Cg02156642 y Cg03636183) y la aparición de complicaciones y mortalidad en pacientes IC-MMII.

Material: Cohorte prospectiva de pacientes afectados de IC-MMII en diferentes estadios clínicos Fontaine reclutados entre marzo de 2016 y diciembre de 2019 en un servicio de cirugía vascular.

Metodología: La metilación de Cg0557521, Cg02156642 y Cg03636183 se analizó mediante

pirosecuenciación. Se evaluaron las amputaciones mayores, otros eventos cardiovasculares y la supervivencia. La asociación dosis-respuesta, con componente lineal y no lineal, entre metilación y estos eventos se evaluó mediante regresión de Cox con *spline* penalizado para cada loci genómico (paquete *pspline*, R 4.1.2).

Resultados: Se incluyeron 297 pacientes, 233 hombres (78,5 %), con una edad media de 69,6 años, de los que 137 (46,1 %) se hallaban en grados de Fontaine I o II, y 160 (53,9 %) en III o IV. Durante el seguimiento (mediana de 5,9 años), 30 pacientes requirieron una amputación mayor, 45 presentaron un evento cardiovascular (coronario o cerebrovascular) y 109 pacientes fallecieron. En el modelo multivariable ajustado por todas las variables relacionadas con la mortalidad, se observó una asociación lineal directa entre el nivel de metilación del gen *Cg03636183* (HR = 0,96, IC 95 % = 0,94-0,99, $p = 0,003$) y del *Cg0557521* (HR = 0,94, IC 95 % = 0,89-1,00, $p = 0,003$) y la mortalidad. No se observó ninguna asociación con el resto de eventos de interés.

Conclusiones: La metilación de los loci *Cg0557521* y *Cg03636183* se asocia a mortalidad en pacientes con IC-MMII. La combinación de metilación de ambos loci con factores de riesgo convencionales podría ser una estrategia para evaluar a los pacientes con mayor riesgo de mortalidad.

CO 198. VALIDEZ DEL TIEMPO DE ACELERACIÓN PLANTAR (PAT) EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ISQUEMIA CRÓNICA DE MIEMBROS INFERIORES SEGÚN EL SECTOR ARTERIAL AFECTADO

Albert Castellà Durall, Malka Huici Sánchez, Paula López García, Regina Callejón Baño, Carlos Martínez Rico, Xavier Martí Mestre, Elena Iborra Ortega
Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Introducción: El tiempo de aceleración plantar (PAT) es un valor de la onda Doppler que consiste

en el tiempo, en milisegundos, entre el inicio de la sístole y el pico sistólico. Permite valorar de forma directa la perfusión de las arterias distales del pie. Se ha propuesto como alternativa al índice tobillo-brazo (ITB) en el diagnóstico de la isquemia crónica de miembros inferiores, siendo especialmente útil en aquellos pacientes con marcada calcificación de la capa media arterial como diabéticos o enfermos renales de larga evolución.

Objetivo: En este estudio, pretendemos evaluar la utilidad del PAT en el diagnóstico de la isquemia crónica en nuestra población y comprobar si es una técnica fiable independientemente del sector arterial afectado.

Material: Estudio descriptivo prospectivo realizado entre junio de 2022 y diciembre de 2023 en un centro hospitalario de tercer nivel, incluyendo 273 extremidades de forma consecutiva que acudieron a nuestro Laboratorio de Diagnóstico Vascular.

Metodología: Se obtuvo el índice tobillo-brazo y los PAT en las arterias arcuata, dorsal metatarsal, plantar medial y plantar lateral, agrupando a los pacientes por sector afectado en base al estudio cartográfico arterial o, en caso de no tenerlo, según exploración física. Se evaluó el grado de concordancia global entre los índice-tobillo-brazo y PAT, así como según el territorio afectado en cada paciente.

Resultados: El PAT presenta una concordancia del 92,3 % (252/273) respecto a los índice tobillo-brazo, con correlación inversa y fuerte con el ITB con un coeficiente de correlación de Pearson de -0,68 ($p < 0,001$). Al analizar los datos por subgrupos, persiste una correlación fuerte entre el PAT y el ITB. En troncos distales, el coeficiente de correlación es de -0,57 ($p < 0,01$), siendo de -0,36 en afectación fémoro-poplíteica ($p < 0,01$) y de -0,81 en aquellos pacientes con afectación aorto-ilíaca ($p < 0,01$).

Conclusiones: Existe una fuerte correlación inversa entre los valores de PAT y los ITB de forma global, manteniéndose al subdividir los pacientes según el sector arterial afectado, porque que el PAT es una

medida fiable para el diagnóstico de la isquemia crónica de miembros inferiores y sus valores son válidos independientemente del sector arterial afectado.

CO 181. EFECTO PRONÓSTICO DE LA ELEVACIÓN DE TROPONINAS EN PACIENTES SOMETIDOS A ENDARTERECTOMÍA CAROTÍDEA: UN ESTUDIO PROSPECTIVO

Lorena Romero Montaña, Alina Velescu, Anna Mases Fernández, Lluís Nieto Fernández, Juan Luis Martínez Pérez, Laura Calsina Juscafresa, Albert Clarà Velasco
Hospital del Mar. Barcelona

Introducción y objetivos: La elevación asintomática de troponinas y la lesión miocárdica después de cirugía no cardíaca (MINS), sin criterios de síndrome coronario agudo, se han asociado a un alto riesgo de eventos cardiovasculares y mortalidad. Existe poca evidencia sobre el impacto del incremento de troponinas tras la inducción anestésica y MINS en la endarterectomía carotídea (CEA), por lo que este estudio tiene como objetivo evaluar su valor pronóstico sobre eventos cardiovasculares y mortalidad.

Material: Estudio prospectivo de pacientes sometidos a CEA en un hospital terciario entre 2017 y 2023.

Metodología: Los valores de troponina se midieron durante la CEA y el posoperatorio. Todos los eventos cardiovasculares adversos mayores (MACE) y la mortalidad fueron registrados durante el seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 178 pacientes de edad media 70,5 años y varones un 80,9%. El seguimiento medio fue de 3,4 años. Se observó elevación de troponinas basales > 14 ng/L (Tnt > 14) en 58 (32,6 %) pacientes y MINS (elevación de troponinas > 30 ng/L en las 72 h posoperatorias) en 27 (15,2 %) casos. Durante el seguimiento, 41 (23 %) pacientes presentaron MACE (supervivencia libre de

MACE a 5 años 67,7 %) y 22 (12 %) fallecieron (supervivencia a 5 años, 81,4 %). En el 38 % de los casos, la causa de la muerte fue cardiovascular. En el análisis multivariable, las Tnt > 14 se asociaron a mayor riesgo de MACE y mortalidad con un HR = 4,66 ($p < 0,001$) y HR = 7,69 ($p < 0,001$), respectivamente. Al añadir la variable conjunta Tnt > 14 + MINS, este riesgo aumenta a un HR = 5,02 ($p = 0,001$) para MACE y un HR = 10,02 ($p = 0,001$) para mortalidad. Ambos modelos fueron ajustados por edad, sexo, antecedente de cardiopatía isquémica, arritmia, ictus y creatinina preoperatoria.

Conclusiones: Unas Tnt > 14 tras la inducción anestésica de una CEA y el diagnóstico de MINS se asociaron a mayor riesgo de presentar futuros MACE y mortalidad. Es recomendable monitorizar los niveles de troponina durante la CEA para identificar pacientes a riesgo de eventos cardiovasculares futuros y mortalidad.

CO 184. IMPACTO EN LA FUNCIONALIDAD DEL PACIENTE INTERVENIDO MEDIANTE EVAR COMPLEJO

Rodrigo Pelayo Yoldi Martín-Calpena¹, Roxana Elena Gorán¹, Paloma González Rodríguez², Eduardo Picazo Pineda¹, David Olmos Sánchez¹, Francisco Julián Gómez Palonés¹

¹Hospital Universitari Doctor Peset i Aleixandre. València. ²Hospital Clínic Universitari de València. València

Objetivos: Analizar el impacto en la funcionalidad de los pacientes intervenidos mediante EVAR complejo (C-EVAR) a medio plazo.

Material: Estudio multicéntrico, prospectivo de cohortes de pacientes intervenidos entre junio 2022 y noviembre 2023 mediante C-EVAR (dispositivos ramificados [BEVAR], fenestrados [FEVAR] o de arco [Arch-Branch]).

Metodología: Inclusión consecutiva de pacientes intervenidos mediante C-EVAR en dos hospitales terciarios. Registramos datos sociodemográficos,

clínico-anatómicos, de morbimortalidad asociada al aneurisma y destino al alta. Se realizan entrevistas usando escalas de independencia (índice Barthel [IB] y Lawton & Brody [L&B]); del estado nutricional (Mini-Nutritional Assessment [MNA]) y de cribado cognitivo (MiniMental [MM]) al ingreso y seis meses posprocedimiento. Se define resultado adverso como alta a residencia o centro de rehabilitación, y la mortalidad a corto-medio plazo pos-C-EVAR. Se determina deterioro en la funcionalidad a una reducción de 2 o más puntos en L&B o a menos de 85 puntos en IB en el seguimiento; deterioro nutricional a una reducción de 3 o más puntos en MNA; y deterioro cognitivo a una puntuación posquirúrgica inferior a 27 puntos en MM. Se realiza el estudio estadístico mediante el test McNemar.

Resultados: Se incluyen 26 pacientes (20 hombres, 6 mujeres) realizándose 13 FEVAR, 8 BEVAR, 4 B/FEVAR y 1 Arch-branch. La media de edad es de 73 años. El diámetro medio del aneurisma, de 6,6 centímetros. La proporción media de cobertura supracelácea, del 47,4 %. La estancia media hospitalaria, de 9 días. Se registran 2 episodios de isquemia medular grado I y II. Con un seguimiento medio de 8 meses, no se obtiene mortalidad relacionada con el aneurisma. 1 paciente precisó ingreso en residencia y 3 de rehabilitación temporal. Sin deterioros significativos en los test realizados al ingreso y en el seguimiento: 4 pacientes presentan deterioro en L&B ($p = 0,25$), relacionado con complicaciones respiratorias posoperatorias ($p = 0,022$, RR: 7,71); 5 presentan deterioro en IB ($p = 0,063$) relacionado con coberturas supraceláceas $> 40\%$ ($p = 0,061$, RR: 1,46); 3 pacientes presentan deterioro cognitivo ($p = 0,25$) y 7 deterioro nutricional ($p = 0,109$) relacionado con antecedentes EPOC ($p = 0,043$, RR: 3,43).

Conclusiones: Los pacientes intervenidos mediante C-EVAR en centros con experiencia no presentan deterioro funcional significativo a medio plazo. En nuestra muestra el deterioro se ha visto relacionado con complicaciones respiratorias y una cobertura supracelácea $> 40\%$.

CO 53. TENDENCIAS EN LA ACTIVIDAD DE CIRUGÍA VASCULAR: RESULTADOS DEL REGISTRO ESPAÑOL EN UN PERIODO DE 16 AÑOS (2005 A 2022) Y NECESIDADES DE ESPECIALISTAS A 2035

Sandra Vicente Jiménez^{1,2}, Elia Pérez Fernández¹, Carlos María Elvira Martínez³, Patricia Lucía Barber Pérez⁴, Beatriz González López-Valcárcel⁴, Luis de Benito Fernández¹

¹Hospital Universitario Fundación de Alcorcón. Alcorcón, Madrid. ²Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Gran Canaria. ³Universidad Complutense de Madrid. Madrid. ⁴Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Gran Canaria

Objetivos: Identificar las tendencias en diagnóstico, procedimientos y costes de la especialidad de ACV en España durante un periodo de 18 años y analizar el número de especialistas necesarios en 2035.

Material: Estudio observacional retrospectivo de base poblacional.

Metodología: Se analizaron los datos anuales de actividad en los departamentos de ACV entre 2005-2022 del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) nacional y los datos de costes TAE (todos los costes refinados del paciente) desde 2016. Se calcularon las tasas de incidencia brutas ajustadas por edad y sexo para todos los diagnósticos y procedimientos. Se utilizaron modelos lineales generalizados (GLM) para estimar tendencias. Se realizó una encuesta a los socios de SEACV y una estimación según cabezas y equivalentes a tiempo completo de cirujanos vasculares.

Resultados: Entre 2005 y 2022 la tasa ajustada de diagnósticos aumentó de 102,5 (IC 95 %: 101,5-103,4) por cada 100 000 habitantes a 237,1 / 100 000 habitantes (IC 95 %: 235,7-238,4). La tendencia lineal anual de la tasa total de diagnóstico estimada muestra un aumento similar en todos los grupos, sin efecto de interacción por sexo o edad (TIR = 1,02, IC 95 %: 1,01-1,04, $p = 0,001$). La tasa ajustada de procedimientos aumentó de

215,4 (IC 95 %: 214,-216,8) por 100 000 habitantes en 2005 a 521,7 (IC 95 %: 519,7-523,7) en 2022. La tendencia lineal anual en la tasa total de procedimientos estimada fue mayor en < 65 años ($p = 0,001$), sin efecto de interacción por sexo: TIR = 1,05 (IC 95 %: 1,04-1,07) en hombres y 1,07 (IC 95 %: 1,05-1,1) en mujeres, mientras que en > 65 años, TIR = 1,01 (IC 95 %: 0,99-1,03) y 1,03 (IC 95 %: 1,01-1,05), respectivamente. La media de costes TAE en 2016 fue de 4200,44 € y en 2022 fue de 4589,99 €. El incremento anual estimado ajustado por edad y sexo fue de 133,36 (IC 95 %: -2,6-269,3, $p = 0,054$). El crecimiento de la demanda de especialistas en ACV entre 2023-2035 es del 45 %. Desde los 985 actuales a los 1430 necesarios en 2035 según las tendencias en diagnósticos y procedimientos. Frente, al crecimiento de la oferta del 19,6 % con 1169 estimados para 2035.

Conclusiones: Este estudio a nivel nacional muestra una tendencia al alza en la incidencia del diagnóstico vascular, tanto en hombres como en mujeres y un aumento de personas < 65 años en ambos sexos sometidas a procedimientos vasculares. Según la predicción del modelo, en 2035 habrá un 59 % más de diagnósticos y un 67 % más de intervenciones que en 2022. Existe una diferencia entre el crecimiento de la demanda y de la oferta de especialistas a 2035 necesario solventar para evitar carencias de profesionales.

CO 175. EL VIDEOTUTORIAL COMO HERRAMIENTA DE APRENDIZAJE DE TÉCNICAS QUIRÚRGICAS VASCULARES

Paula López García¹, Julia Bonel Pla², Albert González Sagredo¹, Albert Castellà Durall¹, Carlos Martínez Rico¹, Elena Iborra Ortega¹

¹Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona. ²Universitat de Barcelona. Barcelona

Introducción: La simulación es una herramienta de aprendizaje que permite replicar, en un entorno seguro, situaciones similares a la realidad. Su utili-

dad en Medicina ha sido demostrada e incluso se fomenta en guías de práctica clínica. La pandemia por COVID-19 ha impulsado un cambio de paradigma en la educación de las nuevas generaciones de médicos, estimulando el aprendizaje mediante medios audiovisuales online. Por ello, los videotutoriales pueden ser un formato atractivo para conocer y aprender técnicas quirúrgicas.

Objetivo: Estudiar si el visionado de un videotutorial influye en la habilidad para realizar una técnica quirúrgica vascular.

Material: Se realizó un estudio cuasiexperimental antes / después que analizó las diferencias en la ejecución de una sutura arterial respecto al visionado de un videotutorial. Los participantes fueron estudiantes del grado de Medicina. Realizaron la técnica sobre un modelo arterial Simu Vasc®.

Metodología: Se evaluaron parámetros adaptados de The American Board of Surgery según la escala de Likert (1-5). Para el estudio estadístico se usó la plataforma Jamovi® y se compararon los datos con la prueba t pareada con un IC al 95 %. Se recogieron datos demográficos y habilidades previas y se realizó un test ANOVA para detectar su influencia en los resultados.

Resultados: Participaron 32 estudiantes de diferentes cursos del grado de Medicina. 31 alumnos (96,87 %) mejoraron sus puntuaciones tras una visualización del videotutorial, con un valor del estadístico t de Student pareado de -11,4, diferencia de medias -6,88, intensidad del efecto -2,01 y $p < 0,001$ (IC 95 %: -2,61 a -1,4). Existió variabilidad según el curso, obteniendo mejores resultados y mayor capacidad de mejoría los de cursos superiores (test ANOVA: F 3,04 y $p = 0,046$). Se obtuvieron diferencias significativas con mejores resultados entre los participantes que habían realizado suturas previamente y/o tenían experiencia en costura.

Conclusiones: Los videotutoriales son una potente herramienta para conocer y/o perfeccionar las habilidades en técnicas quirúrgicas. Las diferencias

obtenidas según el curso y la experiencia previa sugieren que podrían obtenerse buenos resultados en médicos residentes de cirugía vascular. Estos resultados apoyan el desarrollo de proyectos educativos basados en videotutoriales que complementen la formación hospitalaria.

CO 11. EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE CRIBADO DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL EN ESPAÑA

Melina Vega de Céniga¹, Anna Godo Pla², Gonzalo Bravo Soto³, Antoni Sisó Almirall⁴, Marta Trape-ro Bertrán⁵, Ana Magdalena Vargas Martínez⁶, Maria-Dolors Estrada Sabadell²

¹Hospital Universitario de Galdakao-Usansolo. Galdakao, Bizkaia. ²Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS), Barcelona. ³Médico Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile. ⁴Consorti d'Atenció Primària de Salut Barcelona Esquerra (CAPSBE). Barcelona. ⁵Universitat de Lleida. Lleida. ⁶Universidad de Castilla-La Mancha. Ciudad Real

Objetivos: Evaluar la evidencia sobre seguridad, eficacia clínica y coste-efectividad de la implantación de un programa de cribado de aneurisma de aorta abdominal (AAA) mediante ecografía abdominal en centros de atención primaria, y realizar una evaluación económica del programa para valorar su inclusión en el Sistema Nacional de Salud (SNS) español.

Material: Se han seleccionado ensayos clínicos aleatorizados para la evaluación de la seguridad y eficacia clínica, revisiones sistemáticas para identificar factores pronósticos de AAA y evaluaciones económicas completas para el análisis de coste-efectividad.

Metodología: Se ha realizado una búsqueda sistemática de la literatura, siguiendo recomendaciones PRISMA y de la colaboración Cochrane. Los estudios incluidos se han obtenido aplicando criterios preestablecidos y en dos etapas de selección. Posteriormente

se ha realizado la extracción de datos y la valoración de la evidencia según la metodología GRADE. La evaluación económica del cribado en el contexto español se ha realizado a partir de un modelo de Markov y un análisis de impacto presupuestario.

Resultados: El cribado de AAA reduce la mortalidad global (RR 0,99; IC 95 %: 0,98-1,00) y secundaria a AAA (RR 0,64; IC 95 %: 0,45-0,90) en hombres mayores de 65 años. No se ha observado un efecto claro en la tasa de ruptura ni en las cirugías de emergencia, pero podría aumentar las reparaciones electivas de AAA (RR 1,83; IC 95 %: 1,29-2,59). La evidencia es muy incierta en mujeres mayores de 65 años. El antecedente familiar de AAA es el factor de riesgo más relevante para el desarrollo de AAA (OR 9,64; IC 95 %: 1,72-53,98), y la diabetes mellitus el principal factor protector (OR 0,55; IC 95 %: 0,49-0,61). El cribado de AAA en hombres mayores de 65 años supondría una media de 0,33 años de vida y 0,18 años de vida ajustados por calidad ganados. El coste de establecer el programa sería de 15,68-28,40 € por paciente cribado, con impacto presupuestario de 64-123 millones de euros aproximadamente, para asistencia de 50,3-92,9 %.

Conclusiones: Los hombres mayores de 65 años son candidatos a un programa de cribado de AAA en España, que sería clínicamente efectivo y coste-efectivo, utilizando la infraestructura, los recursos materiales y humanos ya existentes en el SNS.

CO 127. ANÁLISIS DE TENDENCIAS Y MORTALIDAD A LARGO PLAZO ENTRE EVARY CIRUGÍA ABIERTA EN ANEURISMAS DE AORTA ABDOMINAL ASINTOMÁTICOS EN CATALUÑA (2010-2022)

Xavier Faner Capó, Marvin E. García Reyes, Álvaro Salinas Cánovas, David Flota Ruiz, Diego Juárez Enríquez, Sergi Bellmunt Montoya
Servicio de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

Introducción: Los ensayos clínicos EVAR-1 (2004) y DREAM (2003) concluyeron que la mortalidad a largo plazo del EVAR se equipara a la cirugía abierta (Open Surgical Repair, OSR). Sin embargo, el OVER (2008) evidenció mejores resultados a largo plazo con el EVAR, justificando una mayor experiencia con esta técnica y la evolución de las endoprótesis. Dos décadas después, la mayoría de registros internacionales muestran un cambio en la tendencia, con un predominio del EVAR sobre el OSR.

Objetivo: Describir la evolución de la cirugía de aneurismas de aorta abdominal (AAA) asintomáticos en Cataluña durante los últimos 12 años y comparar la mortalidad a largo plazo entre EVAR y OSR.

Material: Se analizaron todos los AAA asintomáticos intervenidos en Cataluña desde 2010 a 2022.

Metodología: Se empleó χ^2 de tendencia lineal para examinar cambios en edad y técnica quirúrgica. Las supervivencias de EVAR y OSR se analizaron mediante curvas Kaplan-Meier en tres grupos de edad (< 70, 70-79 años y \geq 80 años). Se compararon las técnicas quirúrgicas en cada grupo con el estadístico *log-rank* y mediante una regresión de Cox se controlaron factores de confusión.

Resultados: Se analizaron 5085 pacientes intervenidos: 70,7 % EVAR y 29,3 % OSR. 1638 con < 70 años (32,2 %), 2306 entre 70-79 años (45,3 %) y 1141 con > 80 años (22,4 %). La edad fue aumentando durante el periodo de estudio ($\chi^2 = 15,2$, $p = 0,0001$), mientras que el uso de OSR disminuyó para todas las edades: $\chi^2 = 57,7$ en < 70 años ($p < 0,00001$); $\chi^2 = 79,2$ en 70-79 años ($p < 0,00001$) y $\chi^2 = 71,2$ en \geq 80 años ($p < 0,00001$). La supervivencia a 10 años fue superior en los pacientes intervenidos mediante OSR de <70 años ($p = 0,045$ a partir de los 7 años) y 70-79 años ($p = 0,013$ a partir de 6 años), pero no para \geq 80 años ($p = 0,535$). Esta ventaja de supervivencia de OSR se mantuvo tras un análisis multivariable aplicando un modelo de regresión de Cox.

Conclusiones: La OSR para AAA asintomáticos mostró mayor supervivencia a largo plazo en pacientes de < 80 años a pesar de ser una técnica progresivamente en desuso. Estas diferencias podrían sugerir ajustes en la práctica clínica y políticas de salud para el futuro de la patología.

CO 40. PREDICCIÓN DEL RIESGO DE DESARROLLO DE ENFERMEDAD VENOSA CRÓNICA MEDIANTE RED NEURONAL PERCEPTRÓN MULTICAPA BASADO EN LA CONCENTRACIÓN DE HORMONAS FEMENINAS

Sandra Pérez Fernández, Noelia M.^a Cenizo Revuelta, José Miguel Martín Pedrosa, María del Rosario Romero Estrella, Sergio Asensio Rodríguez, M.^a Lourdes del Río Solá
Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid

Introducción: La concentración de hormonas sexuales femeninas se ha asociado al desarrollo de enfermedad venosa crónica (EVC). Los estudios sugieren que los cambios hormonales contribuyen a aumentar el riesgo de EVC.

Objetivo: El objetivo de este estudio fue diseñar una herramienta predictiva de desarrollo de EVC basándonos en las concentraciones de hormonas femeninas utilizando una red neuronal artificial tipo perceptrón multicapa (MLP).

Material: Se reclutaron 328 mujeres para el estudio (164 mujeres en el grupo control, sin evidencia de EVC; 164 formaron el grupo estudio, con presencia de insuficiencia de la vena safena interna (VSI).

Metodología: Los criterios de inclusión fueron mujeres con edades comprendidas entre 25 y 65 años, disponibilidad para someterse a pruebas de laboratorio y evaluaciones vasculares. Los criterios de exclusión fueron antecedentes de cirugía venosa, embarazo o lactancia, trastornos endocrinos graves, enfermedades cardiovasculares agudas. Las variables a medir fueron concentraciones plasmáticas

cas de FSH, LH, TSH, estradiol, progesterona, prolactina, AMH; y la presencia/ausencia de insuficiencia de la VSI mediante eco Doppler venoso. Se desarrolló una red neuronal artificial tipo MLP utilizando la función de activación softmax y la función de error cross-entropy (SPSS v29).

Resultados: Los niveles plasmáticos de hormonas femeninas mostraron diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos de estudio: FSH, TSH, progesterona, prolactina y AMH ($p < 0,001$); LH ($p = 0,02$); estradiol ($p = 0,016$); siendo la d de Cohen de 1 para AMH y de 0,9 para TSH. En el análisis de regresión logística binaria, todas las variables predictoras demostraron ser estadísticamente significativas, lo que indicó que los resultados obtenidos son robustos. La red neuronal MLP mostró un área bajo la curva en el grupo-control y en el grupo-caso de 1, obteniendo un porcentaje de aciertos en la predicción del 100 %. Las variables con mayor peso sináptico fueron las concentraciones de AMH (100 %) y de TSH (70 %).

Conclusiones: Las redes neuronales MLP se están empleando para el diagnóstico de diferentes patologías. El aprendizaje automático proporcionado en el estudio obtuvo una discriminación excelente, lo que indica que constituye una herramienta innovadora para la predicción del riesgo de EVC basándonos en la concentración de hormonas femeninas, lo que subraya su aplicabilidad en el ámbito sanitario.

CO 64. TRATAMIENTO Y RESULTADOS DE LA REPARACIÓN QUIRÚRGICA DEL ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL ROTO EN MUJERES: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

María del Rosario Romero Estrella, Sergio Asensio Rodríguez, Sandra Pérez Fernández, Joan Francisco Roedán Oliver, María Lourdes del Río Sola
Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid

Introducción: Los estudios actuales indican un elevado riesgo de morbi-mortalidad en las muje-

res tras la reparación quirúrgica de un aneurisma de aorta abdominal roto (R-AAA), aunque los datos siguen siendo inciertos, principalmente a que los estudios son limitados.

Objetivo: El objetivo fue analizar la mortalidad a los 30 días de la cirugía de R-AAA estratificada por género y proporcionar una comprensión integral de las variaciones entre género en la presentación, tratamiento y resultados tras la reparación quirúrgica de R-AAA.

Material: Búsqueda bibliográfica utilizando Medline, Embase y Cochrane Central.

Metodología: Se incluyeron estudios que analizaban sobre la mortalidad a 30 días estratificada por género después de la cirugía para R-AAA entre 2008 y 2022. Las características preoperatorias, variables intraoperatorias y resultados perioperatorios tempranos se analizaron utilizando un modelo de efectos aleatorios y una razón de riesgo agrupada (RR) con los varones como grupo de referencia.

Resultados: Se incluyeron en este análisis un total de 8 estudios con 26,473 pacientes (82,80 % varones). Las mujeres presentaron una edad significativamente mayor (86,4 años frente a 75,2 años en hombres). Los factores de riesgo fueron diferentes con menor historial de tabaquismo en mujeres y mayor probabilidad de hemodiálisis posoperatoria. Las tasas de reparación de R-AAA fueron menores en mujeres (40,4 % frente a 56,6 % en hombres) siendo menos candidatas a reparación endovascular. La mortalidad fue mayor en las mujeres frente a hombres (23 % frente a 13 %) ($p < 0,001$, $I^2 = 0,38$, test homogeneidad, $p = 0,12$).

Conclusiones: Existen diferencias específicas entre hombres y mujeres tras la reparación quirúrgica de R-AAA, siendo un factor relevante en el manejo y pronóstico. La comprensión de estas diferencias puede ayudar a personalizar el tratamiento y mejorar los resultados clínicos.

CO 57. VALIDACIÓN DIAGNÓSTICA DE LA CÁMARA HIPERESPECTRAL EN LA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA

Noelia Garzón Bergadá, Vicente Molina Nácher, José Carlos Roselló Paredes, María Álamo Rodríguez, Irene Peinado Zanón, Manuel Miralles Hernández
Hospital Universitari i Politècnic La Fe. València

Objetivos: Estudiar la relación entre los parámetros medidos con cámara hiperespectral (CH) y el índice tobillo-brazo (ITB).

Material: Estudio prospectivo de 46 pacientes y 83 extremidades con ITB y medición con CH (TI-VITA®2.0) de: saturación de oxígeno (SatO₂), índice de perfusión (NIR), índice de hemoglobina tisular (THI), índice de hemoglobina en órgano (OHI) y los índices de hidratación y grasa tisular (THI y TLI).

Metodología: Medición de ITB y estudio con CH del dorso del pie. Análisis estadístico: estadísticos descriptivos, análisis de correlación y regresión, curva característica operativa del receptor (cCOR) y comparación no paramétrica de medias.

Resultados: Edad media de 67,69 ± 7,08 años, siendo hombres un 77,4 %. Presencia habitual de factores de riesgo cardiovascular. Las clases Rutherford más frecuentes fueron claudicación invalidante (22,9 %), úlceras isquémicas (16,8 %) y dolor de reposo (4,8 %). El ITB medido medio fue 0,6 ± 0,28. Se realizó un análisis exploratorio de correlación entre CH e ITB observando, como únicas variables correlacionadas, la SatO₂ ($p < 0,01$), NIR ($p < 0,01$) y THI ($p = 0,035$). Sin embargo, se detectaron diferencias en las varianzas entre el ITB y los parámetros medidos por CH. Se ajustaron las varianzas realizando una transformación logarítmica base 10 (Log10) de los valores. Al repetir el análisis, solo la SatO₂ resultó como variable predictora ($p = 0,013$). Se desarrolló un modelo de regresión lineal con los valores Log10StO₂ que sirvió de base para los cálculos posteriores. Se realizó una cCOR, identificando como punto de corte Log10StO₂ = 1,68744. Usando este valor de Log10StO₂ se obtu-

vo una sensibilidad de 84,62 %, una especificidad de 67,74 %, un valor predictivo positivo de 81,48 % y un valor predictivo negativo de 72,41 %. Usando ese mismo punto de corte, se dividió a los pacientes en dos grupos: ITB ≥ 0,8 (grupo 1) e ITB < 0,8 (grupo 2). La Log10StO₂ del grupo 1 fue de 1,71 (1,66-1,77) y del grupo 2 de 1,58 (1,54-1,62), siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,0003$).

Conclusiones: Los resultados sugieren que el Log10StO₂ basado en mediciones con CH puede utilizarse para la valoración de la perfusión periférica y es capaz de diferenciar pacientes enfermos de sanos de forma aceptable, estableciendo la base de futuras investigaciones dirigidas a mejorar y optimizar la medición con esta técnica.

CO 122. TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA PROFILÁCTICA EN LA REDUCCIÓN DE INFECCIONES DEL SITIO QUIRÚRGICO EN INCISIONES INGUINALES EN CIRUGÍA VASCULAR: UN ENSAYO CONTROLADO ALEATORIO

Sergio Asensio Rodríguez, Noelia Cenizo Revuelta, Cintia Mariana Flota Ruiz, Diana Gutiérrez Castillo, Joan Francisco Roedan Oliver, Sandra Pérez Fernández, María Lourdes del Río Sola
Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid

Introducción: La terapia de presión negativa en la herida quirúrgica se ha revelado como una estrategia preventiva para reducir las infecciones del sitio quirúrgico y la dehiscencia de la herida en incisiones cerradas en diversos procedimientos quirúrgicos, pero todavía no ha sido estudiada en el contexto de la cirugía vascular.

Objetivo: Este estudio tuvo como objetivo evaluar la eficacia de la terapia profiláctica de presión negativa de la herida (PNPWT) en la reducción de la incidencia de infección del sitio quirúrgico (ISQ) y otras complicaciones de la herida en incisiones inguinales cerradas tras un procedimiento de revascularización de miembro inferior electivo.

Material: Se trató de un ensayo prospectivo, unicéntrico, abierto, aleatorizado y controlado de superioridad de brazos paralelos realizado durante 12 meses.

Metodología: Los participantes fueron asignados aleatoriamente al grupo de PNPWT y al de apósito quirúrgico estándar (SSD). Se estudió la aparición de ISQ posoperatorias y reingreso a los 30 días, así como complicaciones relacionadas con la herida y la duración de la estancia hospitalaria.

Resultados: Se incluyeron un total de 98 participantes, 49 en el grupo PNPWT y 49 en el grupo SSD homogéneos en relación edad, género, comorbilidad y tipo de procedimiento quirúrgico. El 28 % de los pacientes tuvieron ISQ (15 % en grupo PNPWT y 13 % en SSD; $p = 0,82$; OR 1,22; IC 95 % OR [0,50-2,94]). La incidencia de seroma fue 26 % (1 % en grupo PNPWT y 25 % en SSD; $p < 0,001$; OR 0,02; IC 95 % OR [0,003-0,15]). La estancia posoperatoria fue 11,37 días en grupo-PNPWT y 7,43 días en grupo-SSD ($p < 0,001$, d-Cohen 0,66).

Conclusiones: La PNPWT en incisiones cerradas tras procedimiento de revascularización electivo puede reducir la incidencia de seromas y estancia posoperatoria en comparación con la SSD, sin objetivarse una diferencia clara en la incidencia de infección de sitio quirúrgico. El uso de la PNPWT se plantea como estrategia preventiva novedosa para reducir las complicaciones de herida quirúrgica en cirugía vascular.

CO 60. REEDICIÓN DE INFORMES DE ALTA MEDIANTE INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA UNA COMUNICACIÓN MÁS EFECTIVA EN PACIENTES CON PATOLOGÍA VASCULAR

María Álamo Rodríguez, Adéla Kotátková, Irene Peinado Zanón, Alejandra María López Hernández, Emma Plana Andani, Manuel Miralles Hernández
Hospital Universitari i Politècnic La Fe. València

Introducción: La relación médico-paciente se ha deteriorado progresivamente por la complejidad

del lenguaje utilizado en informes clínicos. Las nuevas versiones de chatbot, basados en inteligencia artificial (IA), permite la adaptación de textos con lenguaje médico complejo al nivel de comprensión del paciente sin conocimientos especializados.

Objetivos: a) Detectar qué elementos adaptar al lenguaje del paciente, desarrollando instrucciones precisas para reescribir el informe con ChatGPT, y b) Comparar la legibilidad entre los informes originales y los adaptados.

Material: Estudio de análisis lingüístico y efectividad en la comunicación médica. Informes de alta de pacientes ingresados en Cirugía Vascular ($n = 50$) 10 por cada procedimiento (endarterectomía carotídea, EVAR, aneurisma abierto, varices y fístula arteriovenosa). Instrucciones de simplificación (prompt) desarrolladas para desternologizar el lenguaje médico especializado mediante ChatGPT, un chatbot basado en técnicas de lingüística computacional, mediante Procesamiento del Lenguaje Natural (PLN). Informes adaptados por ChatGPT para usuarios sin formación especializada.

Metodología: Análisis lingüístico semántico y gramatical. Análisis estadístico comparando los informes originales con aquellos reescritos mediante IA, utilizando cuatro índices de legibilidad (lLeg); lecturabilidad (índice Fernández Huerta [IFH]), perspicuidad (índice Szigriszt-Pazos [ISP]), legibilidad (escala Inflesz [EI]) y facilidad lectora (legibilidad μ [$L\mu$]). Comparación de medias para datos apareados por tipos de intervención (Wilcoxon) y global (T-test).

Resultados: Los elementos que proporcionaron mayor complejidad fueron: terminología y expresiones médicas, siglas, nombres de medicamentos, sintaxis poco clara o exceso de datos. Se detectó una mejora estadísticamente significativa en todos los parámetros analizados, tanto por tipo de procedimiento como a nivel global: IFH ($50,80 \pm 5,64$ IO frente a $65,03 \pm 6,53$ IA; $p < 0,0001$), ISP ($45,97 \pm 5,79$ IO frente a $60,36 \pm 6,57$ IA; $p < 0,0001$), EI ($45,97 \pm 5,79$ IO frente a $60,36 \pm 6,57$ IA; $p < 0,0001$) y $L\mu$ ($47,28 \pm 2,74$ IO frente a $54,73 \pm 6,15$ IA;

$p < 0,0001$). Se observó una mejora objetiva del 27 % (19-31 %) en todos los parámetros analizados. La estratificación de las puntuaciones obtenidas en los distintos parámetros mostró un nivel de legibilidad considerado como difícil/bastante difícil para los originales y normal/un poco difícil para los adaptados.

Conclusiones: La aplicación de técnicas de lingüística computacional, mediante programas de IA y PLN, permite adaptar informes con un lenguaje médico complejo a textos más comprensibles. Esto puede ser útil para mejorar la comunicación médico-paciente.



COMUNICACIONES ORALES

TRONCOS SUPRAAÓRTICOS

CO 61. GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE CONTROL DEL COLESTEROL LDL EN PACIENTES CON ESTENOSIS CAROTÍDEA SUPERIOR AL 50 %

Lidia Marcos García, Alina Velescu, Lluís Nieto Fernández, Juan Luis Martínez Pérez, María Mascaró Óliver, Albert Clarà Velasco
Hospital del Mar. Barcelona

Introducción: Las estatinas reducen el riesgo de accidentes cerebrovasculares en pacientes con estenosis carotídea. Mientras que las guías europeas de cirugía vascular recomiendan tratamiento con estatinas a todos los pacientes con estenosis carotídea asintomática sin especificar objetivo LDL, las guías europeas más recientes de cardiología y de aterosclerosis sobre el tratamiento de las dislipemias para disminuir el riesgo cardiovascular sitúa el objetivo LDL menor a 55 en pacientes con estenosis carotídea > 50 %.

Objetivos: Nuestro objetivo fue evaluar el grado de control actual de colesterol LDL en pacientes con estenosis carotídea > 50 % en nuestro medio.

Material: Pacientes consecutivos con eco Doppler de TSA indicativo de estenosis > 50 % o antecedente de endarterectomía carotídea previa realizado entre 03/2023 y 02/2024.

Metodología: Se recogieron datos clínicos, analíticos y farmacológicos basales. Mediante regresión logística múltiple se identificaron los factores predictores del grado de control de LDL-colesterol (< 55 mg/dl = adecuado, < 70 mg/dl = razonable).

Resultados: Se incluyeron 400 pacientes de edad media 71,7, 77 % varones, presentando 214 (53,5 %) una estenosis carotídea 50-70 % y 186 (46,5 %) una

estenosis 70-99 %, oclusión carotídea o endarterectomía previa. En conjunto, el grado de control de colesterol-LDL fue adecuado en 123 (30,8 %) y razonable en 220 (55 %). Los pacientes con antecedente de cardiopatía isquémica ($n = 106, 26,5 %$) mostraron mayor grado de control adecuado ($OR = 3,1, p < 0,001$) o razonable ($OR = 2,6, p < 0,001$) de LDL, al igual que aquellos con antecedente de AIT/AVC ($OR = 1,7, p = 0,039$ y $OR = 1,8, p = 0,023$, respectivamente), pero no aquellos con mayor grado de afectación carotídea (estenosis > 70 % o endarterectomía previa) ni aquellos con isquemia crónica de extremidades inferiores asociada. Globalmente, 259 (64,8 %) pacientes recibían estatinas de alta intensidad (rosuvastatina 20-40 mg o atorvastatina 40-80 mg) y 117 (29,3 %) ezetimibe. Se asociaron a mayor prescripción de estatinas de alta intensidad los pacientes con cardiopatía isquémica ($OR = 2,7, p < 0,001$) y solo marginalmente aquellos con estenosis carotídea > 70 % o endarterectomía previa ($OR = 1,5, p = 0,053$), y a ezetimibe solo aquellos con cardiopatía isquémica ($OR = 3,8, p < 0,001$).

Conclusiones: En nuestro entorno, el grado de control del LDL colesterol en pacientes con estenosis carotídea > 50 % es pobre, y solo mejora en aquellos pacientes con cardiopatía isquémica o AIT/AVC previos. Existe un amplio margen para introducir estatinas de alta intensidad o ezetimibe en estos pacientes, entre otras estrategias.

CO 84. ANÁLISIS HISTOMORFOMÉTRICO DEL FILTRO DE PROTECCIÓN Y FACTORES ASOCIADOS A LESIONES ISQUÉMICAS CEREBRALES AGUDAS TRAS STENTING CAROTÍDEO

Xavier Tenezaca Sari^{1,2}, Nuria Torreguitart Mirada^{1,3,4}, Diego Gómez Arbeláez¹, Sonia Gatiús Calero^{5,3,4}, Christian Espinal Chirinos¹, Francesc Purroy García^{3,4,6}

¹Servicio de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida. ²Servicio de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. ³Institut de Recerca Biomèdica de Lleida. Lleida. ⁴Universitat de Lleida. Lleida. ⁵Departamento de Anatomía Patológica y ⁶Servicio de Neurología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida

Introducción: Las lesiones isquémicas cerebrales agudas (LICA) tras la cirugía endovascular carotídea tienen gran interés y son poco investigadas. La mayoría son asintomáticas, siendo muy importante estudiarlas.

Objetivos: El objetivo es describir y analizar las características histomorfométricas del filtro de protección cerebral distal (FPCD) y los factores asociados a LICA tras *stenting* carotídeo.

Material: Pacientes con estenosis carotídea significativa (>50 % sintomática y >70 % asintomática) e implante de *stent* carotídeo con FPCD.

Metodología: Estudio observacional, prospectivo y unicéntrico entre octubre 2014-diciembre 2023. Se registraron variables: demográficas, clínicas, imagen (eco Doppler y angiorresonancia magnética cerebral con secuencias-de-difusión [RM-DF]) e intraoperatorias. Se usó FPCD (tamaño de poro 120 μ m) analizando la presencia de material embólico, área total del FPCD, área del trombo, superficie del FPCD con carga embólica y los tamaños del trombo. Se realizó RM-DF previa y tras 24-48 horas de la cirugía. Estadística: χ^2 , t de Student, ANOVA y regresión-logística.

Resultados: Se trataron 65 pacientes, media de edad 70,4 años (DE 8,8), 23 (37,1 %) sintomáticos. Presentaron LICA 22 (35,5 %) pacientes, sin clínica neurológica en 86,3 %. La clínica neurológica intraoperatoria es más frecuente (13,6 % frente a 0 %; $p = 0,017$) en pacientes con LICA. La heterogeneidad de la placa es más frecuente (47,1 % frente a 15,6 %; $p = 0,018$) y se asocia ($p = 0,046$; OR = 5,3; IC 95 = 1,02-27,37) a LICA. Se detectó trombo macroscópico en 37 (59,7 %) FPCD y 15 (40,5 %)

de ellos presentaron LICA ($p = 0,31$). La morfometría media del área total del FPCD fue 128,5 mm² (DS 21,7), área del trombo 17,2 mm² (DS 36,6; rango 0,1-277), superficie del FPCD con carga embólica 9,9 % (DS 11,23; rango 0,08-42,58), tamaño del trombo más grande 1197,1 μ m (DS 776,5; rango 114-3087) y del trombo más pequeño 152,4 μ m (DS 62,6; rango 52,8-374,4). El área total de trombo >17 mm² (36,4 % frente a 22,5 %; $p = 0,242$), la superficie de carga embólica del filtro > 10 % (36,4 % frente a 10,51 %; $p = 0,231$) y el tamaño de trombo > 120 μ m (77,3 % frente a 67,5 %; $p = 0,417$) no se asociaron a la aparición de LICA.

Conclusiones: El 35,5 % de los pacientes presentaron LICA. El 40 % de pacientes con material embólico macroscópico en el FPCD desarrollaron LICA, la embolización distal es inherente y se reduce con los sistemas de protección cerebral. La heterogeneidad de la placa se asocia independientemente a LICA. En nuestra serie, las variables histomorfométricas del FPCD (carga embólica, área, superficie y tamaño del trombo) no muestran relación independiente a LICA. Las LICA, mayormente asintomáticas, demuestran la resistencia cerebral a lesiones que podrían tener repercusión posterior.

SECTOR FEMOROPOPLÍTEO Y DISTAL

CO 26. ¿ES EFECTIVO EL TRATAMIENTO MEDIANTE LITOTRIZIA ENDOVASCULAR (SHOCKWAVE) EN LAS LESIONES CALCIFICADAS?

Marta Serna Martínez, Elena Pérez López, Juan Manuel Fontcuberta García
Hospital Sanitas La Zarzuela. Madrid. Hospital Sanitas La Moraleja. Alcobendas, Madrid

Objetivos: Analizar la efectividad seguridad de la litotricia endovascular en el tratamiento de las lesiones calcificadas en pacientes con arteriopatía periférica.

Material: Pacientes con categoría 2 a 6 de la escala de Rutherford con lesiones calcificadas moderadas y severas objetivadas en arteriografía diagnóstica tratadas en nuestro centro entre 2019 y 2024.

Metodología: Estudio retrospectivo, observacional y unicéntrico donde se analizan datos demográficos y características de la lesión tratada (diámetro y longitud de la estenosis previa y posintervención y grado de calcificación). El objetivo primario fue analizar el éxito del procedimiento (definido como una estenosis residual < 30 % sin disección limitante del flujo y previo a asociar una terapia adyuvante) y la permeabilidad primaria a un año del tratamiento. Como objetivos secundarios se estudia la incidencia de complicaciones a los 30 días, la permeabilidad secundaria, la supervivencia libre de amputación y la mejoría sintomática según la clasificación de Rutherford.

Resultados: Se incluyeron 25 pacientes (26 intervenciones en 41 en vasos), edad media 71,9 años, varones 76,9 %. 42,3 % presentaban isquemia crítica. La arteria más tratada fue la femoral superficial (34,1 %) seguida de la iliaca común (26,8 %). El grado de calcificación era severo en un 85,3 % y un 49 % de las lesiones tenían una longitud entre 5-15 cm. Se detectó una ganancia de luz posintervención de $4,02 \pm 1,6$ mm y una estenosis residual de $13,9 \pm 15,3$ mm. 1 (2,4 %) paciente presentó una disección durante la intervención sin objetivar otras complicaciones mayores. Éxito del procedimiento 92,6 % con una permeabilidad primaria de 89 %. Permeabilidad secundaria del 86 % con una supervivencia libre de amputación al año del 94,2 %. En la revisión a 30 días un 82,9 % de los pacientes presentaron mejoría clínica significativa.

Conclusiones: El tratamiento mediante litotricia endovascular en las lesiones ateromatosas calcificadas moderadas y severas es una técnica segura y efectiva con reducción significativa del diámetro de la estenosis y mínimas complicaciones asociadas.

CO 89. INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA EN LA SUPERVIVENCIA DE PACIENTES REVASCULARIZADOS POR ISQUEMIA CRÍTICA AMENAZANTE DE MIEMBROS INFERIORES

Mar Abadal Jou, Alina Velescu, Lidia Marcos Garcia, Carme Llord Pont, Lorena Romero Montaña, Claudia Sosa Aranguren, Albert Clara Velasco
Hospital del Mar. Barcelona

Introducción: La anemia ha sido relacionada con mortalidad en pacientes con isquemia crítica amenazante de miembros inferiores (ICAMMII).

Objetivos: Nuestro objetivo fue evaluar si el tratamiento de la anemia mejora la supervivencia en estos pacientes.

Material: Incluimos pacientes revascularizados por ICAMMII y anémicos (hemoglobina [Hb] < 12/13 según sexo) fusionando dos cohortes: una prospectiva (2017-2023) que recibieron tratamiento para anemia concomitante a la revascularización, y otra retrospectiva histórica (2005-2015) en la cual los pacientes fueron revascularizados sin tratamiento previo para la anemia.

Metodología: Se recogieron datos clínicos y analíticos basales, tipo de tratamiento de la ICAMMII y mortalidad a 30 días, 3 y 6 meses. Los pacientes de la cohorte prospectiva fueron tratados mediante hierro carboximaltosa endovenoso (1 o 2 dosis) \pm darbopoyetina (0,75 μ g/kg) previo a la revascularización.

Resultados: Se incluyeron 418 pacientes (edad media 73,3 años, 70,3 % varones) con ICAMMII grado III ($n = 101$, 24,2 %) y IV ($n = 317$, 75,8 %), que fueron tratados mediante revascularización abierta ($n = 222$, 53,1 %) o endovascular ($n = 196$, 46,9 %), y de los que 101 (24,2 %) pertenecieron a la cohorte prospectiva y 317 (75,8 %) a la histórica. En la cohorte prospectiva, 82 pacientes recibieron 1 dosis de hierro carboximaltosa y 19 dos dosis, y en 36 casos se administró también darbopoyetina. La cohorte prospectiva y la histórica difirieron en el número

de pacientes sometidos a revascularización abierta (71,3 % frente a 47,3 %, $p < 0,001$) y en el valor de hemoglobina (Hb) < 10 mg/dl (54,5 % frente a 34,1 %, $p < 0,001$). Por esta razón los pacientes fueron agrupados según tipo de tratamiento de la ICAMMII (abierto/endovascular) y Hb basal (≤ 10 frente a > 10). En los pacientes revascularizados mediante cirugía abierta y con Hb ≤ 10 mg/dl (89 casos = 51 histórica + 38 prospectiva), el tratamiento de la anemia (ajustado por edad y sexo) se asoció a una disminución de la mortalidad a 3 y 6 meses (OR = 0,07, $p = 0,015$ y OR = 0,05, $p = 0,007$, respectivamente). En el resto de grupos terapéuticos: cirugía abierta con Hgb > 10 mg/dl y endovascular independiente del valor de Hb, el tratamiento de la anemia no se asoció a cambios en la mortalidad.

Conclusiones: El tratamiento de la anemia (hemoglobina < 10 mg/dl) en pacientes sometidos a cirugía abierta de revascularización por ICAMMII se asocia a menor mortalidad a medio plazo.

CO 94. ATERECTOMÍA ROTACIONAL Y BALÓN LIBERADOR DE FÁRMACO EN LA REESTENOSIS INTRA-STENT DEL SECTOR FEMOROPLOPLÍTEO: ESTUDIO MULTICÉNTRICO A MEDIO PLAZO

José Carlos Roselló Paredes¹, Noelia Garzón Bergadá¹, Eduardo Picazo Pineda², Roxana Elena Gorán², David Olmos Sánchez², Vicente Molina Nácher¹

¹Hospital Universitari i Politècnic La Fe. València.

²Hospital Universitari Doctor Peset. València

Introducción: Valorar las diferencias en permeabilidad en la reestenosis intra-stent (RIS) tratadas con aterectomía rotacional (AR) o angioplastia con balón liberador de fármaco (BLF-ATP).

Objetivos: Como objetivos secundarios se valoraron complicaciones, tasa de revascularización de las lesiones (TRL), supervivencia libre de amputación (SLA) y mortalidad.

Material: Pacientes intervenidos por RIS femoropoplítea mediante AR (rotarex + paclitaxel) o BLF-ATP (paclitaxel) entre 2013-2023.

Metodología: Estudio comparativo retrospectivo multicéntrico. Recogida de variables demográficas, grado isquemia (Rutherford), clasificación anatómica de lesiones (GLASS y Tosaka para RIS), así como permeabilidad, TRL y SLA. Pareamiento de la muestra por puntaje de propensión (PPP) y análisis de supervivencia mediante regresión de Cox. Se dan todos los resultados a 36 meses.

Resultados: Se analizaron 98 pacientes (49 por grupo), sin diferencias demográficas. Hubo más Tosaka III en AR que en BLF-ATP (67,3% frente a 16,3%, $p < 0,0001$). El éxito técnico fue de 97,9 % en ambos grupos. El seguimiento medio fue 40,4 meses. No hubo diferencias en TRL (20,4 % en AR y 30,6 % en BLF-ATP) ni en permeabilidad primaria (PP) (55,1 % en AR y 44,9 % en BLF-ATP). No se encontraron diferencias en cuanto a complicaciones, 3 embolizaciones distales y 1 disección en AR (8,2 %) frente a 1 embolización en BLF-ATP (2 %). El grupo BLF-ATP requirió un mayor número de stents como tratamiento complementario (24,5 % frente a 56,7 %, $p < 0,0001$). Sin diferencias significativas en SLA ni mortalidad entre grupos. Tras PPP, se objetivó una mejora significativa de permeabilidad secundaria (PS) (OR = 0,011; IC 95 % = [0,00037-0,3], $p = 0,008$) en el grupo AR. En el grupo ATP-BLF se observa tendencia positiva, aunque no significativa ($p 0,087$, OR = 0,238; IC 95 % = [0,046-1,230]) de mejoría en PS. No hubo cambios en TLR ni PP tras el ajuste.

Conclusiones: El tratamiento con AR mejora la PS a 36 meses en los pacientes con RIS femoropoplítea, aunque no se encuentran diferencias en términos de PP, TLR y SLA comparado con ATP-BLF. Además, el grupo BLF-ATP requirió un mayor uso de stents como tratamiento complementario.

CO 100. VALORES PREDICTIVOS DE SUPERVIVENCIA Y AMPUTACIÓN EN PACIENTES CON ISQUEMIA AGUDA: ÍNDICES NEUTRÓFILO - LINFOCITO Y PLAQUETA - LINFOCITO

Ana Isabel Guillén Cascales, Celia Rioja Olmedo, Pedro Julián García Garrido, María Cristina Galera Martínez, Rocío Belén Rodríguez Carmona, Rodrigo Eduardo Yoldi Bocanegra
Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería

Objetivos: Los índices de neutrófilos/linfocitos (NLR) y plaquetas/linfocitos (PLR) son un marcador de inflamación sistémica, de fácil obtención y bajo coste; utilizado como valor pronóstico en múltiples patologías. Hay pocos estudios acerca de su valor en la isquemia aguda.

Material: Este estudio se planteó con el objetivo de evaluar la relación de estos dos índices con la isquemia aguda, planteando como hipótesis que su elevación se asocia con mayores tasas de amputación y mortalidad.

Metodología: Realizamos un estudio analítico y retrospectivo de una cohorte de pacientes que acudieron a nuestro hospital entre enero de 2018 y diciembre de 2020.

Resultados: Se obtuvieron un total de 47 pacientes, siendo el 57,4 % hombres. La mediana de edad fue de 76 años. La comorbilidad más frecuente fue la hipertensión arterial. Se analizaron los pacientes en dos grupos: amputados durante el ingreso (11) y no amputados (36); siendo estadísticamente comparables. Como único punto de diferencia se encontró el uso previo de estatinas, siendo mayor en los no amputados. Los síntomas más frecuentes fueron dolor, palidez y parestesias, presentes en el 97,9 %; sin embargo, la presencia de anestesia/hipoestesia fue más frecuente en amputados (100 % frente a 50 % $p < 0,003$). La etiología mayoritaria fue la embólica y el sitio de oclusión el sector femoral. En relación con los biomarcadores, se obtuvieron diferencias significativas en las cifras de leucocitos y neutrófilos, así como, en los índices NLR y PLR.

Se observó la relación entre dichos índices y los principales desenlaces (amputación y mortalidad). Para la amputación el punto de corte de la curva ROC para el NLR fue 5 y el de PLR 267. Solamente el índice de NLR presentó una relación estadísticamente significativa con el tiempo libre de amputación. En cuanto a la mortalidad, la curva ROC no fue significativa para el índice de PLR. Con respecto al NLR, el punto de corte se estableció en 4,9, siendo su curva de supervivencia estadísticamente significativo.

Conclusiones: Tras nuestro estudio podemos confirmar que el índice NLR es un factor predictor de supervivencia y salvamento de extremidad, en concordancia como se puede observar en la literatura. No podemos afirmar lo mismo con el índice de PLR.

CO 123. BÚSQUEDA DE LA APLICABILIDAD DE LOS ESTUDIOS BEST-CLI Y BASIL-2 EN NUESTRA PRÁCTICA CLÍNICA

María Gutiérrez Fernández de Velasco, Melina Vega de Céniga, Amaia Ormaechevarria Iturrizaga, June Fernández Fernández, Guillem Santiago Furtet Rodrigo, Xabier Cabezuelo Adame, Luis Estallo Laliena
Hospital Galdakao-Usansolo. Galdakao, Bizkaia

Introducción: Existen dudas sobre la aplicabilidad clínica de los recientes ensayos clínicos BEST-CLI y BASIL-2. Además, la disponibilidad de la vena safena interna (VSI) para injerto ha sido reportada en la literatura en solamente dos estudios, aproximándose al 40 %.

Objetivos: Nuestro objetivo es analizar la disponibilidad de la VSI apta para revascularización infrainguinal, así como la aplicabilidad de los estudios BEST-CLI y BASIL-2 en nuestra práctica clínica.

Material: Análisis retrospectivo de una cohorte prospectiva de pacientes con isquemia crítica de extremidades inferiores (IC-EEII) ingresados en 2017-2020 en nuestro centro.

Metodología: Se recogieron datos demográficos, factores de riesgo cardiovascular (tabaquismo, hipertensión arterial, dislipemia y diabetes *mellitus*), comorbilidad (cardíaca, respiratoria, renal), y características de la IC-EEII. Las variables resultado principales fueron la disponibilidad de VSI apta ($\geq 2,5$ mm) para injerto y las posibilidades de revascularización abierta o endovascular (TEV). Las variables resultado secundarias fueron el tratamiento realizado, las reintervenciones y las amputaciones mayores. Se realizaron un análisis estadístico descriptivo y diagramas de flujo evolutivos.

Resultados: De 354 pacientes con IC-EEII ingresados en el periodo de estudio, 230 pacientes (65 %) presentaban enfermedad infrainguinal susceptible de revascularización. Se podría considerar la potencial aplicabilidad de BEST-CLI en 168 pacientes (131 para la cohorte 1 y 37 para la cohorte 2) y de BASIL-2 en 66 pacientes. Presentaban VSI apta para injerto 155 pacientes (67,4 %) de los 230 con revascularización infrainguinal. Se realizaron procedimientos abiertos en 66 (42,6 %) y TEV en 89 (57,4 %), con 30 y 44 reintervenciones y 12 y 15 amputaciones mayores finales, respectivamente. Entre los 50 pacientes (21,7 %) con VSI no apta, se realizó revascularización abierta en 22 (44 %) y TEV en 28 (56 %), con 11 y 10 reintervenciones y 2 y 8 amputaciones mayores finales, respectivamente. En los 25 pacientes restantes se realizó TEV sin valoración de VSI, con 2 reintervenciones y 2 amputaciones mayores.

Conclusiones: El estudio BEST-CLI sería aplicable en aproximadamente un 37 % de los pacientes que ingresan con IC-EEII y BASIL-2 en menos del 20 %. Existe VSI apta para *bypass* en la mayoría de los pacientes susceptibles de revascularización infrainguinal y debería buscarse de forma sistemática en el estudio preoperatorio.

CCO 142. LA CLASIFICACIÓN GLASS ES UNA HERRAMIENTA ADECUADA PARA LA ESTRATIFICACIÓN E INDICACIÓN TERAPÉUTICA DE LOS PACIENTES CON ISQUEMIA CRÓNICA AMENAZANTE DE LA EXTREMIDAD

Alfredo Silva Willson, César Varela Casariego, Carlos Cadenillas Cifuentes, Víctor Lozano Bouzon, Sofía Simón Bellón, José Ramón March García
Hospital Universitario de Getafe. Getafe, Madrid

Introducción y objetivos: Analizar los resultados de la revascularización infrainguinal por Isquemia Crónica Amenazante de la Extremidad (CLTI) en función de la clasificación GLASS. Realizar un subanálisis de los resultados según el tratamiento realizado (Quirúrgico vs Endovascular) en los subgrupos de mayor severidad clínica y anatómica: GRUPO-1 (GIIIW2-GIIW3/4) con "recomendación indeterminada" y GRUPO-2 (GIIIW3/4) con "recomendación quirúrgica".

Material: Análisis retrospectivo unicéntrico de procedimientos primarios de revascularización infrainguinal realizados entre enero 2018 y diciembre de 2022 con CLTI.

Metodología: Se recogió información epidemiológica, factores de riesgo, situación clínica (WIFI), características anatómicas (GLASS) y tipo de procedimiento realizado. Se analizaron resultados precoces (fracaso técnico) y en el seguimiento a un año (Limb Based Patency LBP-1). Las diferencias entre procedimientos quirúrgicos y endovasculares en el GRUPO-1 y en el GRUPO-2 fueron investigadas mediante t de Student para muestras independientes y χ^2 para una $p < 0,05$ a dos colas usando IBM SPSS Statistics 29.0.0.0.

Resultados: Se realizaron 186 cirugías, 128 (69 %) endovasculares y 58 (31 %) quirúrgicas. Trece (7 %) procedimientos fueron GLASS-I (92 % Endo. Frente a 7,7 % *bypass*), 67(36 %) GLASS-II (79 % endo frente a 21 % *bypass*) y 106(57 %) GLASS-III (59 % endo. frente a 41 % *bypass*). El fracaso técnico y LBP-1 fue del 8 % y del 92 % en GLASS-I, del 4 % y del 55 % en GLASS-II y del 9 % del 58 % en GLASS-III. En el GRUPO-I realizamos 60 (74 %) procedimientos endovasculares y 21 (26 %) *bypass* sin diferencias en fracaso técnico (7 % endo. frente a 14 % *bypass*, $p = 0,28$) ni en LBP-I (67 % endo. frente a 75 % *bypass*, $p = 0,52$). Los procedimientos endovasculares se usaron más en pacientes con cardio-

patía isquémica, mejor situación hemodinámica, situación clínica más severa, y lesiones vasculares menos complejas. En el GRUPO-II practicamos 40 (57 %) procedimientos endovasculares y 29 (43 %) *bypass*. Tampoco objetivamos diferencias en fracaso técnico (5 % frente a 10 %, $p = 0,39$) y en LBP-I (60 % frente a 64 %, $p = 0,59$), entre procedimientos endovasculares y quirúrgicos. Estos procedimientos endovasculares se usaron más en mujeres, pacientes añosos e insuficientes renales.

Conclusiones: En nuestra práctica, la clasificación GLASS es una herramienta adecuada para la estratificación e indicación terapéutica de los pacientes con CLTI. Una correcta clasificación clínica en los grupos con patología más severa permite discriminar la indicación quirúrgica o endovascular con buenos resultados.

CO 144. EXPERIENCIA CON STENT MIMÉTICO DEDICADO, BIOMIMICS, EN PATOLOGÍA DE FEMORAL SUPERFICIAL

Almudena Cañete Fúnez, Álvaro Cortés Soler, Ana Moreno Reina, Elena Herrero Martínez, Javier Martínez Gámez
Hospital General Universitario de Jaén. Jaén

Objetivos: Valorar permeabilidad y supervivencia de extremidad, así como factores pronóstico con el empleo de *stent* mimético dedicado BIOMIMICS en femoral superficial.

Material: Desde 2018 se registran prospectivamente en el tratamiento de lesiones de femoral superficial de 200 pacientes (registro nacional). Se expone el brazo de nuestra Unidad con 65 pacientes. Tiempo medio seguimiento de implante: 42 meses. 80 % varones. Edad media: 69 años. 83 % presentaba isquemia crítica.

Metodología: Todos los pacientes fueron tratados exclusivamente en sector femoropoplíteo endovascularmente, isquemia crónica grado 3-6 Rutherford. Se registran variables demográficas,

factores de riesgo asociados, características de lesión tratada, predilatación-posdilatación, vasos de salida como elementos asociados a los objetivos. Seguimiento al mes, 3, 6, 12 y posteriormente anual, clínico y con eco Doppler. Se realiza angio TC en caso de cambios o sospecha de estenosis del *stent* análisis con el paquete estadístico SPSS.

Resultados: Se emplean 67 *stents* en 65 pacientes 24 % estenosis / 76 % oclusiones. Calcificación: 50 % los pacientes presentaban calcificación arterial en algún grado. Localización en arteria femoral superficial: el 95 % a nivel de tercio medio-distal de femoral superficial. Multifocal (sector proximal o distal concomitante): 30 %. Longitud media de la lesión total en AFS: 125,88 mm (40-250 mm). Predilatación: 70 % / Posdilatación: 47 %. N.º de *stent(s)* Biomimics precisados para tratar la lesión: 1 *stent*: 94 %. Longitud media del *stent*: 107 mm. Diámetro medio del *stent*: 5,94 mm. Éxito técnico: 95 %. Complicaciones inmediatas: 1 caso disección proximal al *stent* biomimics. Tiempo global de seguimiento del estudio: 44 meses. Tiempo medio de seguimiento: 32 meses. Permeabilidad Primaria oclusión: 95 %. 1 caso. Tiempo medio: 12,10 meses. Permeabilidad primaria estenosis 80 %, tiempo medio: 9,7 meses. Permeabilidad primaria a 12 meses: 91 %. Salvamento de extremidad: 93 %.

Conclusiones:

1. *Stent* de nitinol autoexpandible de morfología helicoidal 3D que ofrece buenos resultados en cuanto a permeabilidad en el tratamiento endovascular de lesiones arteriales en sector femoro-poplíteo (AFS, Poplitea proximal).
2. Adecuada tasa de supervivencia de extremidad en nuestro estudio.
3. Constituye una alternativa a *stent* convencionales en lesiones de calcificación y longitud media en nuestra experiencia.
4. Pendiente de publicación de resultados globales. Estudio MAIMONIDES.

SECTOR AORTOILÍACO

CO 27. REPARACIÓN AÓRTICA ENDOVASCULAR FENESTRADA (FEVAR) TRAS EVAR FALLIDO

Amaia Echaide Artieda, Patricia Susana Ramírez González, Francisco Gómez Palonés, Roxana Elena Gorán, Sara Mercedes Morales Gisbert, José Zaragoza García
Hospital Universitari Doctor Peset. València

Objetivo: Describir nuestra experiencia en el tratamiento mediante FEVAR de pacientes intervenidos previamente con EVAR y con fallo del mismo.

Material: Estudio retrospectivo unicéntrico analizando entre 2014-2023 todos los pacientes intervenidos consecutivamente con FEVAR por fallo de EVAR previo (definido como presencia de endofuga tipo I, crecimiento y/o degeneración del cuello aórtico o migración de la endoprótesis).

Metodología: Se analizó el éxito técnico del procedimiento (definido como despliegue exitoso de la endoprótesis fenestrada, permeabilidad de vasos viscerales diana y ausencia de endofuga tipo I/III en angiografía final), complicaciones asociadas, y variables en seguimiento: diámetro saco aneurismático, endofuga (tipo I/III), reintervención, permeabilidad de arterias diana y supervivencia.

Resultados: Se incluyeron 13 pacientes (12 hombres; media de edad 74 años). El tiempo medio para la conversión a FEVAR después del EVAR original fue de 94 meses (r: 28-175 meses). Las indicaciones para FEVAR fueron: 5 endofugas tipo Ia, 7 por crecimiento del cuello y pérdida de sobredimensión con aumento del saco y uno por migración de endoprótesis. Las endoprótesis previas incluyen: 6 de fijación suprarrenal y 7 infrarrenales. 6 pacientes no cumplían criterios según IFU (*Instruction For Use*) para EVAR. El número total de fenestraciones fue de 40 (media de 3 por paciente). Se canularon el 97,5 % ($n = 39$). El éxito técnico del procedimiento fue del 92 % ($n = 12$). 4 pacientes presenta-

ron deterioro transitorio de la función renal en el posoperatorio, y un paciente infección de herida quirúrgica resuelta con antibioterapia. La media de seguimiento fue de 14 meses (r: 0-36 meses). Dos pacientes presentaron aumento del diámetro del saco aneurismático. 3 pacientes presentaron endofuga: un paciente tipo 1c de arteria renal realizándose *relining* y dos pacientes tipo Ia (no reintervenidos, uno la rechazó y otro falleció). La permeabilidad de las fenestraciones fue del 100 % ($n = 39$), una requirió reintervención mediante *relining* por disección del tronco celiaco. La supervivencia fue del 54 % (7 de 13 pacientes), tan solo hubo un caso de mortalidad relacionada con el aneurisma (7,6 %).

Conclusiones: La realización de FEVAR en EVAR, pese al elevado desafío técnico, es una técnica válida para pacientes con EVAR que han requerido una reparación mediante FEVAR posterior con un elevado éxito técnico, aunque los resultados invitan a reflexionar sobre una indicación forzada de EVAR.

CO 32. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR FRENTE A BYPASS EN EL SECTOR AORTOILÍACO: ¿HAY DEBATE?

Roxana Elena Gorán, Rodrigo Pelayo Yoldi Martín-Calpena, José Miguel Zaragoza García, Amaia Echaide Artieda, Inmaculada Martínez Perelló, Francisco J. Gómez Palonés
Hospital Universitari Doctor Peset. València

Objetivos: Comparar los resultados a largo plazo del tratamiento endovascular frente a la cirugía con *bypass* en la patología isquémica del sector aortoiliaco.

Material: Estudio unicéntrico comparativo de carácter retrospectivo en el que se analizan los procedimientos de revascularización endovascular (*kissing stent* y CERAB) (TEV) del sector aortoiliaco frente al *bypass* aorto-bifemoral (BABF). Período de estudio: 2010-2024.

Metodología: Como variables principales se han analizado: variables demográficas, clasificación TASC, Rutherford y GLASS, variables perioperatorias (tiempo quirúrgico, éxito técnico, complicaciones), estancia hospitalaria, así como seguimiento medio, permeabilidad primaria, primaria asistida y secundaria, y supervivencia.

Resultados: Se han analizado 80 pacientes, 48 tratados mediante TEV (43 *kissing* y 5 CERAB) y 32 tratados mediante BABF. Grupos comparables en cuanto a FRCV y comorbilidades, salvo una mayor proporción de pacientes cardiopatas (20,8 frente a 0 % $p > 0,05$) y obesos (14,6 frente a 0 % $p < 0,05$) en el grupo tratado mediante TEV, sin repercusión en el ASA preoperatorio. Clínicamente, ambos grupos son comparables en cuanto a clase Rutherford y clasificaciones GLASS y TASC ($p > 0,05$) preoperatorios. Variables perioperatorias: sin diferencias significativas en cuanto a éxito técnico (96 frente a 100 %), complicaciones perioperatorias (16,2 frente a 18,7 %), reintervenciones urgentes (4,2 frente a 6,3 %) y tasa de amputaciones (2,1 frente a 0 %). La hospitalización en el grupo BABF es más prolongada (3,38 frente a 7,87, $p > 0,05$), con tasas de mortalidad a 30 días similares (2,1 frente a 3,1, $p > 0,05$). Con un seguimiento medio de 55,8 y 68,5 meses, respectivamente, se describen: permeabilidad primaria de 81 % frente a 71 %, primaria asistida de 82 frente a 73 % y secundaria de 95 frente a 87 %, respectivamente (TEV frente a BABF), a los 5 años, con tasas de supervivencia similares (68 frente a 75 % a los 5 años, $p > 0,05$), pese a registrarse una mayor tendencia a las complicaciones (16,7 frente a 31,3 %, $p > 0,05$) y reintervenciones (14,6 frente a 25 %, $p > 0,05$) en el grupo BABF.

Conclusiones: El TEV es una alternativa segura y eficaz para el tratamiento de la patología isquémica del sector aortoiliaco presentando tasas de permeabilidad a largo plazo muy similares a las del BABF, asociando un menor porcentaje de complicaciones posoperatorias y reintervenciones, y una menor estancia hospitalaria, pese a tratarse de pacientes con mayor comorbilidad.

CO 33. INFLUENCIA DEL SEXO EN EL CRECIMIENTO DE LOS ANEURISMAS DE AORTA ABDOMINAL: UN ANÁLISIS CON PROPENSITY SCORE

Lluís Nieto Fernández, Laura Calsina Juscafresa, Juan Luis Martínez Pérez, Lorena Romero Montaña, Carles Díaz Durán, María Mascaró Óliver, Albert Clarà Velasco
Hospital del Mar. Barcelona

Objetivos: El aneurisma de aorta abdominal (AAA) es una patología predominantemente masculina. Los AAA en mujeres no solo son más infrecuentes (4-6 veces más), sino que estas, además, están infrarrepresentadas en ensayos clínicos y registros. A pesar de ello, se ha descrito que los AAA en mujeres tienen un crecimiento más rápido, mayor tendencia a la rotura y mortalidad. El objetivo de este estudio fue comparar la tasa de crecimiento de AAA en hombres y mujeres.

Material: Cohorte retrospectiva de pacientes consecutivos diagnosticados de AAA (diámetro aórtico > 3 cm en estudio angio TAC o eco Doppler) en nuestro centro entre 2008 y 2022, con al menos una exploración de seguimiento con la misma técnica que la inicial.

Metodología: Se registraron datos demográficos basales, factores de riesgo de crecimiento, diámetro aórtico basal y en la última evaluación. Se evaluó la relación entre el sexo y la tasa de crecimiento aneurismática (diámetro final-basal/tiempo) mediante emparejamiento por *propensity score* según factores de riesgo de crecimiento aneurismático. Una $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyeron 405 pacientes (12 % mujeres), de edad media 72,2 años, y seguimiento medio 55 meses (rango 6-173). Globalmente, se confirmó una relación estadísticamente significativa entre crecimiento aneurismático e HTA ($p = 0,022$) y mayor diámetro inicial ($p < 0,001$). También se confirmó efecto protector de la DM ($p < 0,020$). Mediante *propensity score* se identificaron 2 grupos de 98 varones y 49 mujeres, homogé-

neos en cuanto a factores de riesgo de crecimiento. El crecimiento anual medio en estos grupos fue de 3,13 mm en mujeres y 2,34 mm en hombres. Sin embargo, esta diferencia no resultó significativa. Las mujeres tenían mayor edad en el momento del diagnóstico (78 frente a 71 años, $p < 0,001$), eran menos fumadoras (45 % frente a 89 %, $p < 0,001$), tenían mayor tasa de enfermedad arterial periférica (65 % frente a 46 %, $p = 0,013$) y mayor mortalidad no relacionada con el AAA durante el seguimiento (57 % frente a 36 %, $p = 0,006$).

Conclusiones: El sexo no ha demostrado una influencia relevante en la tasa de crecimiento de AAA en nuestro medio.

CO 69. SUPERVIVENCIA DE PACIENTES OCTOGENARIOS CON ANEURISMA DE AORTA INFRARRENAL

Francisco Álvarez Herrero, Antonio Martín Conejero, Rocío Garralda Díaz de Lope-Díaz, María Sánchez-Cantalejo Ferrer, Luis Sánchez Hervás
Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Objetivos: Analizar los factores asociados a crecimiento de AAA en pacientes octogenarios y evaluar la supervivencia de los pacientes no intervenidos e intervenidos mediante EVAR.

Material: Periodo de inclusión desde 2012 hasta 2022, incluyendo pacientes octogenarios con aneurisma de aorta infrarrenal.

Metodología: Estudio observacional, analítico y longitudinal unicéntrico. Se establecieron 3 grupos: Grupo 1: Total de la muestra. Análisis y estratificación de los factores de riesgo asociados al crecimiento del aneurisma. Grupo 2: Pacientes ≥ 80 años con AAA, intervenidos mediante EVAR en nuestro centro. Análisis de supervivencia y los factores que influyen en ella. Grupo 3: Pacientes ≥ 80 años con AAA, no intervenidos y con seguimiento en nuestro centro. Análisis de supervivencia y los factores que influyen en ella.

Resultados: Incluimos un total de 103 pacientes. Edad media de $82,94 \pm 2,67$ años, existiendo únicamente 4 mujeres. 39 pacientes pertenecen al grupo 2 mientras 64 pacientes pertenecían al grupo 3. Grupo 1: en el diseño multivariante, la obesidad se asoció con un mayor riesgo de crecimiento del AAA. ($p = 0,001$; OR = 5,5, IC 95 % [2-14,7]). No encontramos diferencias con la edad, diámetro al diagnóstico, HTA y tabaquismo. Grupo 2: la supervivencia a seguimiento mediano (34 meses) fue del 63,4 %. El EPOC se asoció con una mayor mortalidad ($p < 0,005$). En pacientes con EPOC el tiempo mediano de supervivencia fue de 36 meses, mientras en pacientes no EPOC fue de 92 meses. Grupo 3: la supervivencia a seguimiento mediano (44 meses) fue del 69,5 %. Un mayor diámetro al diagnóstico se asoció con una mayor mortalidad global ($p < 0,005$). No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre la supervivencia de ambos grupos. La principal causa de muerte en no intervenidos fue la cardiovascular (33 %), mientras en los pacientes intervenidos fue la pulmonar (30 %).

Conclusiones:

1. La supervivencia de los pacientes octogenarios con AAA es prolongada en el tiempo, de forma que la edad per se no debería de ser criterio único de no intervención o seguimiento. Por ello, parece necesario individualizar la decisión de tratamiento en función de las características de cada paciente.
2. La supervivencia en los pacientes intervenidos no fue diferente de aquellos pacientes no intervenidos, pudiendo estar influido por las características del estudio retrospectivo.

CO 73. INFLUENCIA DEL ANTECEDENTE DE NEOPLASIA EN LA SUPERVIVENCIA DE PACIENTES CON ANEURISMA AORTOILÍACO EN RANGO TERAPÉUTICO

Mar Abadal Jou, Lidia Marcos García, Lorena Romero Montaña, Lluís Nieto Fernández, Laura Cal-sina Juscafresa, María Mascaró Óliver, Albert Clarà Velasco
Hospital del Mar. Barcelona

Introducción: La reparación electiva de aneurismas cuando existe antecedente de neoplasia es, en ocasiones, motivo de controversia. Además, las escasas series existentes analizan sólo pacientes intervenidos (sesgo de selección).

Objetivos: Nuestro objetivo fue evaluar la relación entre el antecedente de tumor sólido y la supervivencia en pacientes con aneurisma aortoiliaco en rango terapéutico.

Material: Cohorte retrospectiva (2008-2021) de pacientes consecutivos con aneurisma aortoiliaco íntegro en rango terapéutico.

Metodología: Se evaluaron datos demográficos, comorbilidad (índice Charlson), tratamiento del aneurisma (reparación frente a seguimiento) y características tumorales: a) tiempo desde su tratamiento (> 5 años, 6 meses – 5 años, < 6 meses-actual), b) localización y c) metástasis asociadas. No se consideraron los tumores cutáneos no-melanoma y se excluyeron los hematológicos. Análisis estadístico: regresión de Cox ajustada por edad, sexo, Charlson y tratamiento del aneurisma.

Resultados: Se evaluaron 416 pacientes (edad media 75,2, 92,2 % varones; 314 con aneurisma tratado y 110 solo seguidos). Ciento diecisiete (27,6 %) tenían antecedente de tumor sólido (61 genitourinario -incluyendo 35 vejiga [20 no-infiltrantes] y 19 próstata-, 30 digestivos -incluyendo 20 colon-, 22 respiratorios -incluyendo 18 pulmón- y 4 en otras localizaciones) y su tratamiento finalizó > 5 años en 30 (25,6 %) casos, 6 meses – 5 años en 33 (28,2 %) o < 6 m / tratamiento actual en 54 (46,2 %). De estos últimos, 12 presentaban metástasis y 8 recibían solo tratamiento paliativo. Durante el seguimiento, 248 (59,6 %) pacientes fallecieron (supervivencia a 1/5 años de 86,5 % / 54,1 %). Se relacionaron con mayor mortalidad los tumores respiratorios (HR = 1,76, $p = 0,028$) y digestivos (HR = 1,59, $p = 0,046$), aquellos tratados < 6 meses-actual (HR = 1,58, $p = 0,013$), los metastásicos (HR = 2,86, $p < 0,001$) y los paliativos (HR = 2,97, $p = 0,004$). Excluyendo los tumores avanzados (metástasis, paliativo), los pacientes con tumor urológico no presentaron

una supervivencia inferior a los que carecían de antecedente tumoral, y entre los que presentaban tumor no urológico sólo mostraron peor supervivencia aquellos con enfermedad activa mientras se evaluaba el aneurisma (HR = 1,84, $p = 0,04$). Todos los pacientes, incluidos aquellos sin antecedente tumoral, tuvieron supervivencias inferiores a las de la población equivalente.

Conclusiones: La mayoría de pacientes con aneurisma aortoiliaco en rango terapéutico y antecedente de tumor sólido mostraron una supervivencia semejante a la de aquellos sin neoplasia previa. Este antecedente sólo debería influir en la decisión terapéutica sobre el aneurisma en casos seleccionados.

CO 109. ESTUDIO RETROSPECTIVO Y COMPARATIVO SOBRE EL EMPLEO DE LA NEUROMONITORIZACIÓN INTRAOPERATORIA COMO MECANISMO DE PREVENCIÓN DE ISQUEMIA MEDULAR Y MORTALIDAD EN PROCEDIMIENTOS ENDOVASCULARES AÓRTICOS COMPLEJOS

Marina Magán Taravilla, Noemi Ortega Hernández, Rosa Villardefrancos Gil
Complejo Hospitalario de Ourense. Ourense

Introducción: La isquemia medular (IM) es una complicación devastadora de la cirugía de aorta, especialmente en intervenciones de aorta compleja. Nuestro objetivo principal es conocer las complicaciones neurológicas antes y después del uso de la neuromonitorización intraoperatoria en nuestro centro, valorando la IM y morbimortalidad.

Objetivo: Como objetivo secundario se valoró la permeabilidad, endofugas y reintervención.

Material: Hemos realizado un estudio comparativo retrospectivo, con los casos consecutivos electivos (diciembre 2012-noviembre 2023), en los que se realizó F/BEVAR y TEVAR en disección y patología aneurismática. En octubre de 2020 se desarrolló la MNI y hemos comparado los resultados antes y después de su implementación.

Metodología: Se han analizado comorbilidades, características anatómicas, nivel de sellado, procedimientos concomitantes (*bypass* carótido-carotídeo o carótido-subclavio), complicaciones neurológicas (IM, complicaciones catéter de líquido cefalorraquídeo [CLR]), morbimortalidad y si la MNI ha generado cambios en el planteamiento quirúrgico inicial.

Resultados: Se trataron 100 pacientes, en el 26 % ($n = 26$) se realizó la intervención con MNI. En su conjunto 88 % fueron varones, con una edad media 72 años y un ASA ≥ 3 del 97 %. Las comorbilidades más frecuentes, de forma global, fueron hipertensión arterial (79 %) y dislipemia (77 %). La incidencia de IM antes de la MNI fue del 8,1 % ($n = 6$) y después del 0 % ($n = 0$). Las complicaciones secundarias al CLR antes de la MNI fueron del 4,05 % ($n = 3$) y después del 3,85 % ($n = 1$). La mortalidad global precoz fue del 3 % ($n = 3$) y en el seguimiento del 31 % ($n = 31$). Comparando ambos grupos, no ha sido estadísticamente significativo en cuanto a la incidencia de IM ($p > 0,05$), posiblemente por un error tipo II. Sin embargo, la mortalidad a largo plazo si ha sido estadísticamente significativa ($p < 0,05$), aunque esta pueda estar influida por la diferencia de seguimiento medio entre ambos grupos.

Conclusiones: La MNI es una técnica no invasiva e inocua que no previene la paraplejia, pero ayuda en la toma de decisiones intraoperatorias para evitarla. Se necesitan en el futuro estudios prospectivos a largo plazo y con un mayor número de pacientes para intentar estandarizar la MNI en intervenciones de aorta complejas.

CO 114. EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO PASE (EMBOLIZACIÓN DEL SACO ANEURISMÁTICO DURANTE LA IMPLANTACIÓN DE EVAR) EN NUESTRO SERVICIO

Fernando Miguel Franch Oviedo, Estrella Blanco Cañibano, Miguel Muela Méndez, Paula Moro Óliver, Andrés Eduardo Recover Palenzona, Mercedes Guerra Requena
Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara

Objetivos: Las endofugas tipo II (EF-II) son la complicación más frecuente después del EVAR. El objetivo de nuestro estudio es analizar la implementación de un protocolo pPASE en nuestro servicio y los resultados de este.

Material: Estudio observacional retrospectivo y unicéntrico. Se incluyen pacientes tratados mediante EVAR en nuestro centro desde mayo de 2006 hasta septiembre de 2023 que cumplieran los criterios anatómicos de alto riesgo para EF-II incluidos en nuestro protocolo pPASE: arteria mesentérica inferior mayor de 3 mm; 6 lumbares permeables; 4 lumbares permeables y: renal accesoria o sacra media o AML permeables. Según el tamaño del saco se inyectaron 4-8ml de trombina intrasaco. Se han excluido los pacientes con seguimiento menor de 6 meses y los intervenidos por rotura de aneurisma.

Metodología: Se dividió la serie en dos grupos: grupo I: pacientes en los que se implementó el protocolo pPASE; grupo II: pacientes en los que no se implementó dicho protocolo. Se analizó en estos dos grupos la incidencia de EF-II, reintervención por EF-II, crecimiento del saco y mortalidad.

Resultados: En el periodo de estudio, fueron tratados en nuestro centro mediante EVAR 234 pacientes. Cumplieron criterios de alto riesgo de EF-II 101 pacientes: Grupo I: 22 (21,8 %); grupo II: 79 (78,2 %). No se encontraron diferencias significativas en las características anatómicas ni demográficas entre ambos grupos. No existieron complicaciones derivadas del procedimiento pPASE. El seguimiento mediano de todos los pacientes fue de 29,5 meses (6,1 -168,2), y la tasa de supervivencia fue 96 % y 92 % a 12 y 24 meses. En el seguimiento, el grupo I presentó menor incidencia de EF-II que el grupo II (8,3 % frente a 41,8 %, $p = 0,015$). Asimismo, el grupo I presentó menor crecimiento del saco (0 % frente a 8,9 %) y reintervenciones por EF-II (0 % frente a 2,5 %), si bien no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones: La implementación de un protocolo pPASE disminuye la incidencia de EF-II en pa-

cientes con los criterios anatómicos de alto riesgo establecidos en nuestro centro, si bien no ha supuesto cambios estadísticamente significativos en cuanto a crecimiento y reintervención. Una mayor adherencia al protocolo podría mejorar la evidencia en cuanto a reducción de crecimiento o reintervención.

CO 124. RELACIÓN NEUTRÓFILOS-LINFOCITOS (RNL) COMO FACTOR PREDICTIVO DE MORTALIDAD POSOPERATORIA EN CIRUGÍA AÓRTICA COMPLEJA

Javier Ramírez Ruiz¹, Albert Martínez Toiran¹, Kerbi Alejandro Guevara Noriega¹⁻³, Raquel Chávez Abiega¹, María Marcet Recolons¹, Alejandra Comanges Yéboles¹

¹Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell, Barcelona.

²Hospital de Mataró. Mataró, Barcelona. ³Centro Médico Teknon. Barcelona

Objetivos: La relación neutrófilos/linfocitos (RNL) ha demostrado valor pronóstico en enfermedades cardiovasculares, probablemente al tratarse de un marcador del proceso inflamatorio. Se ha demostrado que la RNL como predictor de mala evolución en pacientes con enfermedad arterial periférica. Sin embargo, existe escasa literatura disponible sobre el papel de la RNL en la cirugía aórtica compleja. Exponemos la asociación de la RNL y la cirugía aórtica compleja con el objetivo de investigar el papel predictivo de los valores pre- y posoperatorio de la RNL.

Material: Reclutamiento consecutivo de pacientes intervenidos por aneurisma de aorta mediante endoprótesis fenestradas o ramificadas entre 2013 y 2023. Analizados solo aquellos con analíticas sanguíneas en los plazos establecidos (12, 24 y 72 horas). Se excluyeron pacientes con neoplasia activa, neutrofilia superior al 90 % y enfermedades inflamatorias sistémicas.

Metodología: Análisis de registro prospectivo donde se analizó la asociación entre mortalidad y la RNL, así como también se calcularon puntos

de corte de predicción de los valores posoperatorios de la RNL. La RNL se utilizó como valor continuo para los cálculos y se compararon medias ajustadas por mortalidad. Se utilizó el análisis de regresión de Cox para evaluar los puntos de corte predictivos.

Resultados: Ochenta y nueve pacientes cumplieron con los criterios para ser incluidos. RNL basal de $3,15 \pm 2,44$. La RNL prequirúrgico no tuvo diferencias entre pacientes fallecidos y sobrevivientes ($p: 0,207$). La RNL a las 12, 24 y 72 horas fue significativamente mayor en los pacientes fallecidos. Los puntos de corte de la RNL a 12, 24 y 72 horas que resultaron predictivos de mortalidad fueron 10 ($p: 0,0033$), 25 ($p: 0,023$) y 4,5 ($p: 0,037$), respectivamente.

Conclusiones: Se han detectado valores más altos de RNL posoperatorio en pacientes sometidos a cirugía aórtica compleja. Sugerimos umbrales validados internamente de RNL posoperatorio como predictor de mortalidad después de una cirugía aórtica compleja. Sin embargo, la relación entre RNL y eventos adversos es incierta. No está claro si el RNL solo es un signo indirecto de un estado inflamatorio que aumenta el riesgo de muerte.

CO 131. EVOLUCIÓN DE LA CIRUGÍA AÓRTICA EN LOS ANEURISMAS YUXTA- Y PARARRENALES: DEL CLAMPAJE SUPRARRENAL AL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR COMPLEJO

Manuela M. Hernández Mateo, Isaac Martínez López, Rocío Garralda Díaz de Lope Díaz, Manuel Hernando Rydings, Luis Sánchez Hervás
Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Objetivos: Analizar los resultados del tratamiento del AAA yuxta- y pararenal durante 10 años de experiencia desde la introducción de las endoprótesis complejas en nuestro centro.

Material: Pacientes intervenidos por AAA yuxta- y pararenal de forma electiva entre 2014-2023, ex-

cluyendo reparaciones de procedimientos previos, mediante cirugía abierta-CA con clampaje suprarrenal y tratamiento endovascular-EV complejo (F/BEVAR).

Metodología: Estudio retrospectivo comparativo de características demográficas, morfológicas y de resultado (mortalidad, deterioro de la función renal (DFR): creatinina > 2 mg/dl o duplicación de creatinina basal en IRC, reintervención).

Resultados: Se intervinieron 112 pacientes en el período: grupo-CA, $n = 72$; grupo-EV, $n = 40$. No hubo diferencias en características demográficas ni comorbilidades salvo mayor edad en grupo-EV ($77,2 \pm 6$ frente a $70,4 \pm 6$ años; $p < 0,001$). Treinta y nueve pacientes (34,8 %) presentaban IRC (CA 24 [33,3 %] frente a EV 15 [37,5 %]; $p = 0,6$), con creatinina sérica preoperatoria $1,2 \pm 0,54$ mg/dl y filtrado glomerular $65,6 \pm 20$ ml/min, sin diferencias entre grupos. Todos los AAA pararrenales se trataron en grupo-EV ($p = 0,02$). En grupo-CA se realizó abordaje transperitoneal en 95,8 %, con tiempo medio de clampaje suprarrenal de $22,36 \pm 6$ min (< 30 min en el 87,5 % de los pacientes). En dos pacientes se asoció *bypass* aortorrenal por estenosis renal previa. En grupo-EV se implantaron 40 dispositivos F/BEVAR con 77 renales tratadas con un éxito técnico del 98,7 %. No hubo diferencias en mortalidad precoz (CA 1,4 % frente a EV 5 %; $p = 0,26$) ni en DFR posoperatoria (CA 18 [25 %] frente a EV 6 [15 %]; $p = 0,22$), aunque en grupo-EV, todos los DFR presentaban IRC previa ($p = 0,001$) y en grupo-CA, aquéllos con clampaje > 30 min, presentaron mayor DFR (55,6 % frente a 20,6 %; $p = 0,02$). Seis pacientes precisaron terapia de sustitución renal, 5 transitoria, sin diferencias entre grupos. Cuatro pacientes en grupo-EV presentaron isquemia medular transitoria. El seguimiento mediano global fue de 39,5 (1-108) meses (CA 46,5 [1-108] frente a EV 12,5 [1-107]; $p = 0,001$) con tasa de supervivencia a 12 meses > 90 % en ambos grupos (CA 97 % frente a EV 92 %; $p = 0,03$). En grupo-EV se registraron 5 reintervenciones tardías, sin reintervenciones en grupo-CA.

Conclusiones: El tratamiento del AAA yuxta- y pararrenal ofrece buenos resultados a medio plazo con ambas técnicas en un centro con experiencia y, siempre y cuando, se lleve a cabo una adecuada selección de los pacientes.

CO 134. COBERTURA DE AORTA SANA EN EL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE PATOLOGÍA ANEURISMÁTICA COMPLEJA

Rocío Garralda Díaz de Lope Díaz, Isaac Martínez López, Manuela Hernández Mateo, Manuel Hernández Rhydings, Francisco Álvarez Herrero, Luis Sánchez Hervás

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Introducción: El tratamiento endovascular (ER) de la aorta compleja busca el sellado en aorta sana proximal a la aorta aneurismática, siendo necesario en muchos casos la exclusión de un mayor segmento aórtico frente a lo necesario en la cirugía abierta.

Objetivo: Nuestro objetivo primario es cuantificar las diferencias en términos de cobertura aórtica y número de arterias segmentarias permeables (ASP) respecto a una hipotética cirugía abierta (HOR). El objetivo secundario fue analizar las complicaciones posoperatorias en términos de isquemia medular.

Material: Estudio retrospectivo de los aneurismas yuxta/pararrenales (AAAy/p) y toracoabdominales (ATA) intervenidos mediante ER en nuestro centro entre 2014-2023.

Metodología: Se revisaron los TAC pre- y posoperatorios de cada ER cuantificando la longitud de cobertura aórtica y el número de ASP tras el ER y se comparó caso a caso frente a HOR. En la HOR se calculó la cobertura aórtica situando la anastomosis proximal a 7mm del inicio del aneurisma y el número de ASP. Por otro lado, se estudiaron los factores asociados a isquemia medular en los casos tratados mediante ER.

Resultados: Setenta y siete pacientes tratados: 39 FEVAR, 31 BEVAR y 7 B-FEVAR para 37 AAAy, 6 AAAP y ATA tipo I ($n = 6$), II ($n = 9$), III ($n = 11$), IV ($n = 7$) y V ($n = 1$), donde la cobertura aórtica media general fue $276,41 \pm 112,31$ mm siendo significativamente mayor que en HOR $182,07 \pm 87,18$ mm ($p < 0,001$). Estas diferencias significativas se demostraron en AAAy/p y ATA III y IV. El número de ASP tras ER fue menor solo en el subgrupo de AAAy ($p 0,001$) frente a HOR. Hubo 6 casos de isquemia medular que se corresponden con 4 AAAy/p y 2 ATA III, todos ellos transitoria. Los únicos factores asociados a isquemia medular fueron la enfermedad arterial periférica ($p < 0,01$) y la oclusión crónica de la arteria hipogástrica ($p < 0,05$) en el subgrupo de AAAy.

Conclusiones: En el ER se produce una mayor cobertura de aorta sana y disminución de arterias segmentarias permeables, especialmente en los AAAy/p. Es necesario un estudio comparativo con cirugía abierta, ya que puede verse elevado el riesgo de isquemia medular.

CO 135. HERRAMIENTA DIGITAL INTERACTIVA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA POR ANEURISMA ABDOMINAL INFRARENAL

Carolina Herranz Pinilla, Malka Huici Sánchez, Josua Cedeño Peralta, Joaquim Llauredó Ovejas, Elena Viola, Elena Iborra Ortega

Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Objetivos: Analizar la creación y aplicación de una plataforma digital interactiva para el paciente sometido a cirugía por aneurisma de aorta abdominal infrarenal (endovascular y abierta).

Material: Diferenciamos 5 fases: 1. Creación de contenidos educativos y cuestionarios (5 meses). 2. Organización de contenidos (1 mes). 3. *Quality check* (2 meses): miembros del equipo utilizaron la herramienta en paralelo a 2 pacientes (uno por cada técnica quirúrgica) identificando puntos de mejora. 4. Modificaciones, y 5. Aplicación en pacientes.

Metodología: La herramienta muestra los contenidos según la fase del proceso: preoperatorio (30 días), hospitalización y posoperatorio en domicilio (30 días). El paciente recibe diariamente píldoras informativas y test interactivos. También puede compartir mensajes e imágenes con el equipo asistencial. Se utiliza el cuestionario PROMS en cada fase del proceso evaluando: dolor, movilidad, ansiedad, autocuidado, actividades cotidianas y una escala de salud global. Durante el proceso el centro de control supervisa la adherencia al programa de cada paciente.

Resultados: Entre enero y diciembre de 2023 se propuso utilizar la herramienta a 24 pacientes. Se incluyeron 20: 10 EVAR y 10 cirugía abierta. 4 abandonaron el programa en el periodo posoperatorio. El 90 % eran varones con una edad media 71.8 años, destacando tabaquismo y dislipemia como factores de riesgo cardiovascular. La adherencia global fue del 98,9 % considerando los 16 pacientes que lo completaron: 100 % en el preoperatorio, 99,2 % durante hospitalización y 93,7 % en el posoperatorio, sin diferencias significativas entre ambos grupos. El análisis del PROMS global, muestra una mejora en la escala de salud global (inicio 75/100 final 82/100). A los 30 días se recupera la puntuación previa a la cirugía en movilidad, dolor, autocuidado y ansiedad. Respecto la experiencia del paciente: el 93 % recomendaría su uso, al 88 % los contenidos le han ayudado a gestionar la información, el 85 % cree que es fácil de utilizar y el 89 % se ha sentido más apoyado durante el proceso.

Conclusiones: El uso de una plataforma digital interactiva aporta información contrastada y acompañamiento al paciente. Permite un seguimiento inmediato y proporciona mejoras cualitativas al proceso. Representa una herramienta útil con grandes posibilidades de futuro.

CO 143. DISPERSIÓN GEOGRÁFICA COMO FACTOR OMINOSO EN PATOLOGÍA ANEURISMÁTICA AÓRTICA ABDOMINAL

Adrián Aguirre González Álvarez, Carmen Morgado Ortega, María Teresa Toro Barahona, Alexis Manuel Ignacio Rojas Guerreiro, Lara Gómez Pizarro, Valentina Paloma Laguna Pardo
Hospital Universitario de Badajoz. Badajoz

Objetivos: El objetivo es examinar la asociación entre la dispersión geográfica y la mortalidad intrahospitalaria en aneurismas de aorta abdominal rotos (AAAr).

Material: Estudio analítico observacional de tipo cohortes histórico con muestreo no probabilístico. Inclusión de individuos con AAAr intervenidos en el periodo comprendido entre 01/01/2012 y 31/12/2023. Se establecen dos cohortes, aquella con admisión directa en centro terciario frente a aquella con traslado procedente de otros centros de menor nivel. Tamaño muestral de 122. La dispersión geográfica se desglosó en parámetros espaciales y temporales. Se consideró la mortalidad intrahospitalaria global, así como la disgregada. La recogida de datos siguió un método longitudinal prospectivo.

Metodología: Se realizó un análisis descriptivo inicial. Se estudió la normalidad de las variables cuantitativas. Según ello, se emplearon pruebas de contraste de hipótesis paramétricas y no paramétricas. Y, finalmente, se compararon los resultados entre las cohortes.

Resultados: La edad media fue $73,74 \pm 7,88$ años. El 96,7 % eran hombres. Un 24,6 % era conocido previamente. Un 54,3 % se manifestó con dolor abdominal. Un 71,9 % tenía localización infrarrenal. Un 60,5 % presentaba cuello hostil. Un 74,6 % tenía contención de rotura en retroperitoneo. Un 50, % fue reparado mediante cirugía abierta. En la cohorte con admisión directa (23,3 %), la distancia media hasta el centro terciario es $24,65 \pm 40,65$ km, el tiempo medio desde la admisión hasta el diagnóstico es $1,55 \pm 4,30$ min y desde el diagnóstico hasta la intervención es $0,75 \pm 0,78$ min (tiempo total $2,44 \pm 4,28$ min). En trasladados (76,7 %), $137,04 \pm 56,32$ km, $1,87 \pm 2,57$ min y $2,63 \pm 1,17$ min ($4,77 \pm 3,57$ min), respectivamente. La mortalidad intraoperatoria es 13,11 %, duran-

te estancia en UCI 40,1 % y en planta 2,5 % (total 55,74 %). Respecto al análisis univariante, existe relación significativa entre la muerte intrahospitalaria global y el tiempo desde la admisión hasta el diagnóstico ($p = 0,03$) así como con el tiempo total desde la admisión hasta la intervención ($p = 0,012$), en la cohorte de trasladados. Lo mismo sucede con la muerte intraoperatoria ($p = 0,029$ y $p = 0,048$, respectivamente).

Conclusiones: El retraso en el diagnóstico e intervención de un AAAr en la cohorte de trasladados se asocia a mayor mortalidad intraoperatoria e intrahospitalaria global.

CO 155. IMPORTANCIA DE LA PLAQUETOPENIA TRAS LA REPARACIÓN ENDOVASCULAR AÓRTICA

Yaiza Villagrasa Salagre, Claudia Aramendi Arieta Araunabeña, Álvaro Peñalba Vicario, Selma Suárez González, Andoni González Fernández, Reyes Vega Manrique
Hospital Universitario Basurto. Bilbao

Objetivos: Determinar la incidencia de plaquetopenia tras el tratamiento endovascular de patología aórtica, analizar la asociación con diferentes parámetros clínicos y valorar su implicación pronóstica.

Material: Incluimos pacientes intervenidos de patología aórtica no isquémica (aneurisma/diseción/hematoma intramural/úlceras/endofuga) de forma endovascular desde enero de 2019 hasta diciembre de 2023 en nuestro servicio.

Metodología: Estudio retrospectivo, observacional. Registramos datos demográficos y clínicos habituales, incluyendo tratamiento antiagregante/anticoagulante previo. Examinamos tipo de procedimiento (EVAR, FEVAR, BEVAR, TEVAR) y su duración, transfusión de hemoderivados perioperatoria y días de estancia hospitalaria. Definimos la existencia de plaquetopenia posprocedimiento (PP)

si objetivamos plaquetas $< 150\ 000$ plaq/microl y/o disminución $> 50\%$ del recuento previo. Observamos eventos adversos que incluyen hemorragia, trombosis, insuficiencia cardíaca (ICC), empeoramiento de la función renal (EFR), eventos cardiovasculares mayores (MACE), síndrome posimplante (SPI), necesidad de reintervención y mortalidad en el primer mes posprocedimiento. Análisis descriptivo y estadístico univariante.

Resultados: Incluimos 100 procedimientos en 87 pacientes, varones en un 96.6% ($n = 84$) y con una media de edad de 74 ± 7 años. El 38% ($n = 38$) de los casos presenta PP. Distribuida por tipo de procedimiento, se objetiva en 9 (20%) de los EVAR realizados ($n = 45$), en 14 (42.4%) de los FEVAR ($n = 33$), en 7 (63.3%) de los BEVAR ($n = 11$), y en 8 (72.7%) de los TEVAR ($n = 11$). De los pacientes con PP, 11 (28.9%) casos presentan SPI, 5 (13.2%) ICC y 16 (42.1%) EFR, mostrando una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$). La PP se correlaciona con la complejidad del procedimiento y con un mayor tiempo quirúrgico ($p < 0,05$). Y se asocia a una mayor necesidad de transfusión de hemoderivados ($p = 0,006$), desarrollo de SPI ($p < 0,001$), ICC ($p = 0,017$), EFR ($p = 0,08$) y a estancias hospitalarias más largas ($p < 0,001$).

Conclusiones: La PP es una entidad frecuente en los pacientes sometidos a tratamiento endovascular de patología aórtica no isquémica. Se correlaciona con la complejidad del procedimiento, y se asocia a un mayor riesgo de eventos adversos y a estancias hospitalarias prolongadas.

CO 162. RESULTADOS A LARGO PLAZO DE LA RECANALIZACIÓN ENDOVASCULAR CON STENTS CUBIERTOS FRENTE AL BYPASS AORTOFEMORAL EN PACIENTES CON OCLUSIÓN COMPLETA DE EJE ILÍACO

Francisco Abril Ramiro, Cristóbal Iglesias Iglesias, Alba Alonso Pastor, Paloma Alonso Diego, Francisco Álvarez Marcos, Amer Zanabali Al-Sibbai, Manuel Alonso Pérez

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Objetivos: Analizar los resultados a largo plazo del tratamiento endovascular de las oclusiones completas del eje iliaco (OCIL) en comparación con la cirugía abierta.

Material: Análisis de base de datos mantenida de forma prospectiva, comparando 39 casos de oclusión completa del eje ilíaco (OCIL) mediante recanalización y colocación de *stent* cubiertos (EV, 2014-2017) con un control histórico de casos tratados mediante *bypass* aortounifemoral (CIR) entre 2007 y 2014 ($n = 29$) en el mismo.

Metodología: Estudio descriptivo y comparativo de comorbilidades. Se comparó la mortalidad global y a 30 días, la permeabilidad a largo plazo y la tasa de salvamento de extremidad. Además, se compararon también la estancia media y la tasa de complicaciones y reintervenciones, mediante la función de supervivencia de Kaplan-Meier.

Resultados: No se encontraron diferencias significativas en la edad media ($64,3 \pm 9$ RESC frente a $61,4 \pm 10$ BAUF, $p = 0,236$), ni en la prevalencia de hipertensión, tabaquismo, enfermedad coronaria u otras comorbilidades. La indicación por isquemia que amenaza la extremidad fue similar en ambos grupos ($56,4\%$ frente a $51,7\%$, $p = 0,807$). El ITB posoperatorio fue superior en el grupo EV ($0,89 \pm 0,2$ frente a $0,70 \pm 0,3$, $p = 0,05$). La estancia media fue superior en el grupo CIR ($15,8$ frente a $6,7$ días, $p < 0,001$), y no se encontraron diferencias en la mortalidad a 30 días ($p = 0,574$) ni en la tasa de complicaciones Clavien-Dindo ≥ 3 ($p = 0,513$). El número de reintervenciones a siete años fue superior en el grupo EV (40% frente a 22%), aunque sin alcanzar la significación estadística ($p = ,286$). La permeabilidad primaria (70% RESC frente a 74% BAUF, $p = 0,855$), asistida (81% RESC frente a 81% BAUF, $p = 0,755$) y secundaria (100% RESC frente a 88% BAUF, $p = 0,204$) a siete años no mostraron diferencias entre grupos. La mortalidad a 7 años (71% REC frente a 67% BAUF, $p = 0,962$) y la supervivencia libre de amputación mayor (97% REC frente a 93% BAUF $p = 0,341$) tampoco mostraron diferencias significativas.

Conclusiones: El tratamiento endovascular de las oclusiones ilíacas completas con *stents* cubiertos ofrece a largo plazo resultados comparables a la revascularización abierta, con una reducción significativa de la estancia media posoperatoria y a costa de un mayor número de reintervenciones.

CO 197. MORTALIDAD TRAS ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL ROTO, USO DE LA ESCALA HARBORVIEW MEDICAL CENTER

Paul Luna Ávila, Antonio García de Vargas, Victoria González Cruz, Marina Sola Barreda, Francisco Manresa Manresa, Lucas Mengíbar Fuentes
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: Los aneurismas de aorta abdominal se presentan hasta en el 5 % de la población con una mortalidad que alcanza el 80 % en su ruptura. Las escalas de predicción son utilizadas desde los años 90, siendo la Harborview Medical Center (HMC) de las más aceptadas por su sencillez de cálculo y mayor validez.

Objetivo: Conocer la mortalidad tras una intervención por aneurisma de aorta abdominal roto (AAAr) en nuestro centro, y su contraste con la escala HMC.

Material: Se incluyeron de forma retrospectiva 139 pacientes intervenidos por AAAr mediante cirugía abierta y endovascular desde agosto de 2004 hasta marzo 2024 en este estudio de cohorte unicéntrico, se excluyeron pacientes con historial incompleto, analizándose 83 pacientes.

Metodología: Mediante el programa estadístico R, se analizaron variables descriptivas, así como diferencia de medias para las variables cuantitativas. La relación entre las variables estudiadas y la mortalidad se estudió mediante regresión logística.

Resultados: Varones 81 (97 %), mujeres 2 (3 %) con edad de 72(± 8), las comorbilidades más importantes fueron hipertensión (83 %) y diabetes (20 %).

La mortalidad general fue 33 %, y la perioperatoria 30 %, 25 pacientes. Las variables cuantitativas fueron TAS < 70 mmHg un 16 %, pH < 7,2 un 25 %, creatinina > 2,0 mg/d un 25 %, > 76 años un 40 %. Se aplicó una regresión logística para establecer relación entre variables con la mortalidad perioperatoria, donde la creatinina > 2,0 mg/d ($p = 0,004$), lactato ($p = 0,002$), HMC (0,0001) y pH ($p = 0,0009$) se relacionaron de forma significativa, posteriormente la escala HMC en la regresión multivariante es la que alcanzó significancia como factor predictor. Al aplicar la curva ROC sobre el test el valor es de 0,86 describiendo una adecuada discriminación y eficacia

Conclusiones:

1. La escala HMC es un buen predictor de mortalidad en pacientes intervenidos por AAAr pudiendo establecerse como guía para la indicación del tratamiento.
2. Las variables pueden ser conseguidas de forma asequible de manera preoperatoria, llevando practicidad en la toma de decisiones.

FLEBOLOGÍA

CO 25. PAPEL DE LA ECO DOPPLER TRANSABDOMINAL EN EL DIAGNÓSTICO DE LA INSUFICIENCIA VENOSA PÉLVICA

Lluís Nieto Fernández, Laura Calsina Juscafresa, Mar Abadal Jou, Juan Luis Martínez Pérez, Alina Velescu, Lidia Marcos García, Albert Clara Velasco
Hospital del Mar. Barcelona

Objetivos: La eco Doppler transvaginal es la exploración complementaria inicial más extendida en la mayoría de los protocolos diagnósticos de Insuficiencia Venosa Pélvica (IVP). El objetivo de este estudio fue evaluar la concordancia entre la eco Doppler transabdominal y la angio TAC en todos los pacientes con una eco Doppler transabdominal sugestiva de IVP y síndrome congestivo pélvico y/o varices de origen pélvico.

Material: Serie consecutiva de pacientes sometidos a una eco Doppler transabdominal por sospecha clínica de una IVP completando el estudio angio TC en todos aquellos con una eco Doppler transabdominal sugestiva de IVP (reflujo y/o diámetro > 5 mm en venas gonadales (VVG) o reflujo en tributarias de venas hipogástricas (VVH)).

Metodología: Se registró la presencia de reflujo o dilataciones de VVG y VVH tanto para eco Doppler transabdominal como para angio TAC. La concordancia entre ambas exploraciones para cada uno de los cuatro ejes venosos se evaluó mediante el coeficiente kappa (κ). Un valor $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo

Resultados: Se evaluaron 89 pacientes (edad media 49 años, 78,7 % mujeres). Sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo de la eco Doppler transabdominal para cada vaso fueron: vena gonadal izquierda 88,2 / 81,3 / 90,9 / 76,5 %, vena gonadal derecha 93,8 / 80 / 93,8 / 80 %, vena hipogástrica izquierda 100 / 93,3 / 50 / 100 % y vena hipogástrica derecha 100 / 100 / 100 / 100 %. La κ entre ambas exploraciones fue: vena gonadal izquierda 0,684, vena gonadal derecha 0,738, vena hipogástrica izquierda 0,636 y vena hipogástrica derecha 1. La eco Doppler transabdominal identificó además todos los síndromes compresivos detectados con angio TAC.

Conclusiones: La concordancia entre eco Doppler transabdominal y angio TAC abdominal en pacientes con patrón clínico sugestivo y eco Doppler transabdominal positivo para IVP es alta para todos los ejes venosos, por lo que esta exploración podría constituir una alternativa adecuada a la eco Doppler transvaginal.

CO 29. RESULTADO DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA INSUFICIENCIA DE SAFENA MENOR MEDIANTE ABLACIÓN TÉRMICA CON RADIOFRECUENCIA: LA EXPERIENCIA DE NUESTRO CENTRO

María Marcet Recolons¹, Laura Rodríguez Lorenzo¹, Kerbi Alejandro Guevara Noriega¹⁻³, Raquel Chávez Abiega¹, Javier Ramírez Ruiz¹, Jana Merino Raldua¹
¹Parc Taulí Hospital Universitari. Sabadell, Barcelona. ²Hospital de Mataró. Mataró, Barcelona. ³Centro Médico Teknon. Barcelona

Objetivos: Análisis retrospectivo unicéntrico de los resultados iniciales del tratamiento quirúrgico mediante ablación por radiofrecuencia (RFA) de vena safena menor (SSV) comparado con la ligadura de la ligadura de unión safeno-poplítea (L-USP).

Material: Pacientes > 18 años intervenidos de varices secundarias a insuficiencia de SSV (enero 2022 - enero 2024).

Metodología: Revisión retrospectiva de una base de datos prospectiva de pacientes intervenidos mediante ligadura L-USP y RFA. Objetivo primario (al mes): tasa de oclusión (cierre USP en ecografía-Doppler). Objetivo secundario (al mes): tasa recanalización de SSV o USP (en ecografía Doppler), recurrencia varicosa (clínica o ecográfica) y complicaciones asociadas (lesión térmica [cutánea, neurológica], pigmentación, complicación de sitio quirúrgico (SSO), trombosis venosa profunda (TVP), reintervención).

Resultados: Se realizaron 49 intervenciones en 48 pacientes (edad: $54,94 \pm 12,65$). El 73,4 % ($n = 36$) fueron sometidos a L-USP y 26,5 % ($n = 13$) a RFA. La tasa de oclusión fue del 100 % en RFO y del 97,3 % de L-USP ($p: 0,735$). La tasa de recurrencia clínica/ecográfica fue del 0 % en RFO y del 11,1 % ($n = 4$) en L-USP ($p: 0,049$). La tasa de reintervención fue del 2,7 % (L-USP) y del 0 % (RFA) ($p: 0,002$). Las complicaciones registradas fueron: síntomas neurológicos en el 2,7 % en L-USP y del 0 % en RFA ($p: 0,002$); un caso de TVP en cada grupo; la tasa de SSO fue del 13,8 % ($n = 5$) en el grupo L-USP y del 7,6 % ($n = 1$) en el grupo de RFA ($p: 0,341$). El tiempo quirúrgico fue de $34,23 \pm 11,86$ minutos en la RFA y de $26,35 \pm 7,51$ minutos en la L-USP ($p: 0,008$). No hubo lesiones térmicas ni lesiones cutáneas vinculadas a RFA.

Conclusiones: En nuestro análisis, el tratamiento mediante RFA de SSV comparado con la L-USP, no presenta diferencias significativas en las tasas de oclusión, siendo menores la recurrencia varicosa, las reintervención y complicaciones neurológicas.

CO 43. ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE SELLADO CON CIANOCRILATO Y ESTRATEGIA CHIVA PARA EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD VARICOSA DE MIEMBROS INFERIORES

Andrés Mateo Vintimilla Izquierdo, Silvia Lozano Alonso, Rafael Ros Vidal, Inmaculada Manrubia Salazar, Luis Miguel Salmerón Febres
Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada

Objetivos: Comparar dos muestras de pacientes intervenidos mediante Sellado con cianocrilato (CAC) con los operados mediante CHIVA en nuestro centro.

Material: Pacientes intervenidos por técnica CHIVA y CAC desde 2018 hasta 2023 de nuestro centro.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo comparando dos muestras de pacientes intervenidos desde 2018 hasta 2023 mediante técnica CHIVA ($n = 202$) y CAC ($n = 457$). Fueron clasificados según la CEAP y rellenaron el cuestionario de calidad de vida Aberdeen (AVVQ) antes y después de ser intervenidos. También se les preguntó el grado de satisfacción tras la cirugía. Se realizó además un cálculo de costes directos e indirectos de las dos técnicas.

Resultados: La gran mayoría de los pacientes intervenidos fueron CEAP C1-C3. Observamos un éxito técnico mayor al 95 % en ambos grupos. En el cuestionario AVVQ obtuvimos una media posquirúrgica en el grupo CHIVA de $6,9 (\pm 3,6)$ y $5,6 (\pm 4,11)$ en CAC, diferencia que resultó estadísticamente significativa ($p 0,001$), dato que evidenció una mejor percepción de la calidad de vida en los pacientes tratados mediante CAC. El 97 % de los tratados por CHIVA y el 96,7 % de los ma-

nejados mediante CAC se mostraron satisfechos tras su intervención quirúrgica. Se evidenció mayor prevalencia de hematoma, infección de herida quirúrgica en el grupo CHIVA. Sin embargo, en el grupo tratado mediante CAC se pudo observar una reacción a cuerpo extraño o *phlebitis like* del 14,5 %. Tras analizar costes directos e indirectos de ambas intervenciones logramos evidenciar que la técnica CAC resulta económicamente más rentable ya que estos pacientes lograron incorporarse de forma inmediata a sus actividades laborales a diferencia de los tratados con CHIVA que tardaron un promedio de 27 días para volver a su trabajo.

Conclusiones: La calidad de vida obtenida mediante el cuestionario Aberdeen (AVVQ) en los pacientes operados mediante CAC es mayor a los operados mediante CHIVA. Las complicaciones posoperatorias son menores en el grupo de pacientes operados por CAC. La técnica de sellado de varices mediante CAC se ha demostrado rentable y económicamente más ventajosa. Existe una necesidad de estudios aleatorizados que logren comparar de una manera objetiva las diferentes opciones quirúrgicas de la enfermedad varicosa de miembros inferiores.

CO 145. SELLADO CON CIANOACRILATO DE EJES SAFENOS INSUFICIENTES DE GRAN CALIBRE

Robert Tejedor Millos, Carme Aloy Ortiz, Mariona Mas Padilla, María Dolores Lloret Cano
Servicio Mancomunado de Cirugía Vascular. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Hospital Dos de Maig. Barcelona

Objetivos: Evaluar la efectividad y seguridad del tratamiento de la insuficiencia de los ejes safenos de gran calibre mediante la técnica de sellado con cianoacrilato.

Material: Pacientes con insuficiencia venosa crónica CEAP 2-6 por insuficiencia de vena safena interna (VSI) o externa (VSE) de gran calibre

(VSI > 7,5 mm, VSE > 6 mm) intervenidos mediante sellado con cianoacrilato.

Metodología: Se realiza un estudio retrospectivo observacional que tiene como variable principal el éxito técnico definido como oclusión del eje safeno tratado. Como variables secundarias: mejoría clínica, persistencia del sellado definido como ausencia de segmentos permeables de una longitud > 5 cm al mes, 6 meses y 1 año; reducción del diámetro de la safena; las complicaciones y reintervenciones durante el seguimiento.

Resultados: Se han intervenido 33 pacientes (edad media de $56,2 \pm 17,1$ años; 62 % mujeres) con 16 VSI con diámetro medio del $8,1 \pm 0,4$ mm y 17 VSE con diámetro medio del $7,3 \pm 0,9$ mm durante el periodo de 2019-2023. El éxito técnico fue del 100 %. En el primer control al mes, 88 % de safenas permanecían selladas, a los 6 meses 86 % y al año 86 %. Mejoría del grado clínico en todos los casos y buen resultado estético. La reducción media del diámetro de la vena tratada fue de $3,9 \pm 2,2$ mm. No hubo casos de trombosis venosas profundas, embolia pulmonar, ni sangrado, ni infección del acceso. Como complicaciones menores se observa una inflamación local por hipersensibilidad. El 12,1 % ($n = 4$) de los pacientes presentaron recanalización del tronco safeno. De los cuales 3 pacientes precisaron un segundo tiempo quirúrgico con escleroterapia.

Conclusiones: El tratamiento de la insuficiencia de ejes safenos de gran calibre con cianoacrilato resulta efectivo y seguro.

CO 160. ANÁLISIS COMPARATIVO DE COSTES ENTRE SAFENECTOMÍA Y ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD VENOSA CRÓNICA

Álvaro Peñalba Vicario, Laura Yáñez García, Andoni González Fernández, Iñaki Cernuda Artero, Yaiza Villagrasa Salagre, María Reyes Vega Manrique
Hospital Universitario Basurto. Bilbao

Objetivos: Revisar las diferencias en cuanto a costes entre dos técnicas para el tratamiento de la insuficiencia de la vena safena interna (VSI): la cirugía convencional mediante safenectomía (SF) y la ablación con radiofrecuencia (RF).

Material: Se llevó a cabo un estudio observacional retrospectivo de cohortes. Para ello, se seleccionaron 40 pacientes para la cohorte de RF y 80 para la de SF, todos ellos valorados en consultas externas y potencialmente candidatos a ambas técnicas.

Metodología: Se analizaron variables sociodemográficas y basales, así como variables clínicas y ecográficas del seguimiento posoperatorio realizado a los 10 días y al mes de la intervención. Por último, se realizó un análisis de costes empleando la perspectiva de un sistema de salud pública y la perspectiva de la sociedad, evaluando para esta última, los costes indirectos debidos a la baja laboral tras la intervención.

Resultados: La distribución de la edad, el sexo y los factores de riesgo cardiovascular fue homogénea en ambos grupos. En el seguimiento a los 10 días, la incidencia de hematoma fue significativamente mayor en el grupo SF (22 casos [27,5 %] frente a 3 [7,5 %] en RF). En cuanto al análisis de costes, el coste para el sistema de salud pública fue mayor para RF $3167,2 \pm 123,4$ € frente a SF $3056,6 \pm 205,8$ €. No obstante, tanto el coste por el periodo de baja laboral (SF $2276,6 \pm 1209,4$ € frente a RF $1105,8 \pm 1265,8$ €) como el coste total (SF $5347,1 \pm 1246,1$ € frente a $4286,3 \pm 1294,8$ €), fueron mayores para el grupo SF.

Conclusiones: La RF es una técnica segura, con retorno precoz a la actividad laboral normal, con baja frecuencia de complicaciones y eficacia a corto y medio plazo al menos equivalente a la de la cirugía abierta. Su incorporación a nuestro sistema sanitario podría suponer un ahorro de los costes globales derivados del tratamiento quirúrgico de la enfermedad venosa crónica frente a la safenectomía.

MISCELÁNEA

CO 36. MALFORMACIONES VASCULARES EN EL SÍNDROME TUMORAL HAMARTOMATOSO ASOCIADO A PTEN

Joel Soriano Iniesta¹, Míriam N. Maestre Martínez², Paloma E. Triana Junco², Lara Rodríguez Laguna², Juan Carlos López Gutiérrez²

¹Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. ²Hospital Universitario La Paz. Madrid

Objetivos: El síndrome tumoral hamartomatoso asociado a PTEN (PHTS) incluye un grupo de entidades como el síndrome de Cowden, el Síndrome de Bannayan-Riley-Ruvalcava y el Síndrome Proteus. Estos síndromes comparten una alteración de la línea germinal del gen PTEN junto con macrocefalia, sobrecrecimiento, alteraciones del neurodesarrollo y en algunos casos trastornos del espectro autista. Junto con estas manifestaciones, el 20 % de los casos suelen asociar anomalías vasculares con una presentación clínica atípica y una agresividad significativa.

Material: Estudio observacional retrospectivo en una cohorte de 22 pacientes.

Metodología: Presentamos 22 pacientes con manifestaciones clínicas típicas de PHTS, de los cuales 9 son mujeres y 13 hombres. Se han recogido datos demográficos, clínicos, radiológicos, histopatológicos y genéticos. 18 de estos pacientes desconocían portar la mutación del gen PTEN.

Resultados: En 9 de ellos se ha obtenido confirmación diagnóstica con restudio genético positivo (42,8 %). En la literatura, se ha descrito con mayor frecuencia la asociación de este tipo de síndromes con malformaciones de arteriovenosas. No obstante, en la serie que presentamos aparecen malformaciones tanto de bajo como de alto flujo. De los casos confirmados, 3 correspondían a malformaciones de bajo flujo y 6 de alto flujo (66 %). Cinco de ellos presentaban tumores tiroideos y gastrointestinales. Además, 5 mostraban trastornos del espectro autista y 12 macrocefalia posnatal.

Conclusiones: El síndrome tumoral hamartomatoso asociado a PTEN (PHTS) puede asociar malformaciones vasculares tanto de alto como de bajo flujo. Estas malformaciones vasculares están fuertemente asociadas con sobrecrecimiento en las zonas en las que aparecen. Ante un paciente en edad pediátrica con macrocefalia y malformaciones vasculares, la sospecha diagnóstica es crucial de cara a vigilar la formación temprana de tumores en estos pacientes, sobre todo tiroideos.

CO 44. RESULTADOS DE LA TÉCNICA ABS-SMART PARA LA RECANALIZACIÓN DE TRONCOS VISCERALES

María Badell Fabelo, Mercedes Guerra Requena, Julio Reina Barrera, Estrella Blanco Cañibano, Boris Bernal Andrade

Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara

Introducción: La terapia endovascular es el tratamiento de elección en pacientes con estenosis u oclusión de vasos viscerales. La cateterización y recanalización de éstos supone un reto en casos complejos, como aquellos con un ángulo de salida del vaso muy agudo respecto a la aorta, o lesiones calcificadas en el origen del vaso con un muñón muy corto o sin muñón.

Objetivo: Nuestro objetivo es mostrar nuestra experiencia en el tratamiento de lesiones complejas de los vasos viscerales mediante nuestra técnica ABS-SMART (*Aortic Balloon Support for Superior Mesenteric Artery Recanalization Technique*).

Material: Se intervinieron siete pacientes. La indicación en seis casos fue por isquemia mesentérica crónica secundaria a oclusión de arteria mesentérica superior (AMS) (en cuatro de ellos se asociaba a oclusión de tronco celiaco [TC]) con intento previo de recanalización sin éxito en otro centro en cuatro de ellos. El séptimo caso se trató de una estenosis renal izquierda severa en paciente monoreno con hipertensión arterial refractaria al tratamiento médico.

Metodología: Abordaje combinado, axilar izquierdo y femoral. Abordaje axilar: se progresa introduciendo por Flexor 8 Fr × 30 cm hasta aorta torácica descendente. Por dentro de este, se progresa catéter deflectable TourGuide™ Medtronic® 6,5 Fr × 55 mm. Se realiza arteriografía para marcaje del vaso a tratar. Abordaje por arteria femoral común: se progresa Molding Occlusion Balloon de Gore® (MOB) hasta la aorta, distal al ostium del vaso que vamos a tratar. Se realizan inflados intermitentes del mismo, para dar soporte al catéter TourGuide™ y guía de recanalización. Tras recanalización de la lesión, se implanta *stent* balón-expandible recubierto o no recubierto según las características de la lesión. El proceso se repite según el número de vasos a tratar.

Resultados: Éxito técnico: 100 %. En todos los casos la arteriografía de control comprobó permeabilidad de vasos viscerales y descartó complicaciones a nivel aórtico. De los seis casos con isquemia mesentérica, en cuatro se trató tanto el TC como la AMS, en dos casos se trató únicamente la AMS.

Conclusiones: ABS-SMART es una alternativa efectiva y segura para el tratamiento de lesiones de difícil acceso, como oclusiones completas en el origen del vaso a tratar, sin muñón de entrada o calcificación severa en el *ostium*, mejorando las tasas de éxito técnico.

CO 52. HEMATOMAS RETROPERITONEALES ESPONTÁNEOS: PERFIL CLÍNICO, TRATAMIENTO Y FACTORES PREDICTORES DE MORTALIDAD

María Mascaró Óliver, Laura Calsina Juscafresa, Lorena Romero Montaña, Ezequiel Paredes Mariñas, Meritxell Mellado Joan, Alina Velescu, Albert Clarà Velasco
Hospital del Mar. Barcelona

Objetivos: Los hematomas retroperitoneales espontáneos (HRE) constituyen un trastorno grave y son motivo ocasional de consulta a Cirugía Vas-

lar. Lamentablemente, han sido descritos de forma infrecuente en la literatura. Nuestro objetivo fue evaluar el perfil clínico y tratamiento de los HRE y determinar los factores predictores de mortalidad.

Material: Serie consecutiva de pacientes con HRE confirmado por TAC y no asociado a entidad clínica directa (aneurisma, neoplasia, etc.) diagnosticados en un hospital de referencia desde 2008 a 2023.

Metodología: Se evaluaron las características clínicas, fisiológicas y analíticas durante las primeras 24 horas, las medidas terapéuticas empleadas y se estudiaron los factores predictores de mortalidad durante el ingreso hospitalario (regresión logística) y a largo plazo (regresión de Cox).

Resultados: Se identificaron 159 pacientes de los que 85 (edad media 75 años, 62,4 % varones) carecían de una entidad clínica causal (población de estudio). De éstos, 56 (65,9 %) estaban ingresados por otro motivo, 67 (78,8 %) recibían tratamiento anticoagulante (13) (19,40 %) durante cambios en la anticoagulación y 34 (50,75 %) recibiendo dosis superiores al estándar y 53 (62,4 %) mostraron signos radiológicos de sangrado activo. Siete pacientes fueron tratados con medidas paliativas y en los 78 restantes el tratamiento incluyó transfusión (71 casos, 91 %), reversión anticoagulación (25 casos, 32,1 %), drogas vasoactivas (21 casos, 26,9 %) o ingreso en semicríticos / UCI (40 casos, 51,3 %). En 34 (43,6 %) pacientes se indicó una angiografía, con embolización (lumbar 20, iliolumbar 8, otros 9) en 30 casos, y 2 pacientes precisaron drenaje quirúrgico. De los pacientes tratados no paliativamente, 19 (24,5 %) fallecieron durante el ingreso y solo el *score* APACHE II (OR = 1,21 [1,08-1,36]) fue predictor independiente. La supervivencia a 1 y 5 años entre los supervivientes al alta fue de 68,4 % y 29,2 %, respectivamente, asociándose de forma independiente al índice de comorbilidad de Charlson HR = 1,36 (1,14-1,63), polifarmacia HR = 1,13 (1,02-1,24), el ingreso por otro motivo HR = 2,3 (1,12-4,73) y necesidad de semicríticos / UCI, HR = 0,27 (0,13-0,58).

Conclusiones: La HRE se asocia a una mortalidad elevada y requiere en la mitad de pacientes medidas terapéuticas avanzadas. Determinados índices o datos clínicos al diagnóstico del HRE son buenos predictores de mortalidad y pueden ser útiles en la indicación terapéutica.

CO 55. ¿DEBERÍA PROTOCOLIZARSE EL PAPEL DEL CIRUJANO VASCULAR EN EL PROCESO DEL TRASPLANTE RENAL?

Noemí Hidalgo Iranzo, Ana Cristina Marzo Álvarez, Jorge Álvarez Gómez, Inés Torres Nieto, Irene Vázquez Berges, Beatriz García Nieto
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

Objetivos: Analizar complicaciones vasculares de pacientes sometidos a trasplante renal en nuestro centro en el último año y presentar una propuesta de estudio pretrasplante para disminuir la tasa de complicaciones.

Material: Pacientes trasplantados en nuestro centro en el último año.

Metodología: Estudio unicéntrico observacional de casos (trasplantados con complicaciones vasculares) y controles (sin complicación vascular) retrospectivo.

Resultados: De los 78 trasplantes realizados en el 2023, se registraron 14 complicaciones vasculares (17,95 %): 6 resangrados de sutura, 3 trombosis/disección arterial, 2 trombosis vena renal, 3 anastomosis complejas. Se solicitó colaboración en 6 casos con un 100 % de éxito, en el 50 % de casos con complicación vascular que no se colaboró se produjo fallo del injerto. No hubo diferencias significativas en cuanto a factores demográficos entre pacientes de ambos grupos. Sin embargo, el 78,57 % de las complicaciones aparecieron en mayores de 50 años. Aumento de tasa de complicaciones por rango de edad: 12,5 % en 50-60 años, 20,83 % en 60-70 años y 22 % en mayores de 70. El 57,7 % del total tenían angio TC previo, clasificamos según severidad de aterosclerosis: baja, moderada y severa con tasas de complicación del 9,09 %,

28,57 % y del 44,44 %, respectivamente siendo estas diferencias significativas ($p = 0,078$) χ^2 . Existe una significación estadística ($p = 0,033$) entre severidad de la aterosclerosis y la edad: 57 años de media en el grupo baja aterosclerosis, 64,1 en el grupo moderada y 69,3 en el grupo severa. También encontramos significación estadística ($p = 0,016$) entre la severidad de aterosclerosis y número de factores de riesgo, el grupo de severa aterosclerosis presentaba 3 o más factores de riesgo. Tras estos datos proponemos un protocolo de estudio pretrasplante: palpación de pulsos, seguimiento de Doppler arterial si la exploración previa es anómala. Si alguna de las anteriores es patológica, paciente mayor de 50 años y/o al menos 3 factores de riesgo cardiovascular, completar estudio mediante angio TC; si severa ateromatosis aortoiliaca, sería conveniente la participación del cirujano vascular en la intervención.

Conclusiones: Pacientes mayores de 50 años, con 3 o más factores de riesgo y/o con aterosclerosis severa del sector aortoiliaco en el angio TC presentan mayores tasas de complicación vascular, por lo que sería apropiada la colaboración del cirujano vascular.

CO 58. CAMBIOS EN LA PRESIÓN ARTERIAL Y FUNCIÓN RENAL TRAS ANGIOPLASTIA RENAL EN UNA SERIE CONTEMPORÁNEA DE CASOS

Juan Luis Martínez Pérez, Carme Llord Pont, Mar Abadal Jou, Eduardo Mateos Torres, María Mascaró Óliver, Lidia Marcos García, Albert Clarà Velasco
Parc de Salut Mar. Barcelona

Objetivos: La indicación de revascularización de la estenosis de arteria renal (EAR) se ha restringido desde la publicación de varios ensayos clínicos hace una década (STAR, ASTRAL, CORAL...). Nuestro objetivo fue evaluar el impacto de la angioplastia renal (PTA) sobre la EAR en una serie de casos.

Material: Serie retrospectiva consecutiva de pacientes tratados con PTA + *stent* por EAR > 60 % desde 2010 a 2022.

Metodología: Se compararon la presión arterial sistólica (PAS; mmHg), diastólica (PAD; mmHg), filtrado glomerular (FG; ml/min 1,73 m²) y número de fármacos antihipertensivos (NFaH) de forma basal y a los 12 meses.

Resultados: Se incluyeron 69 pacientes (edad media 67±12 años, 64 % hombres), 20 (29 %) indicados desde cirugía vascular (Grupo 1: 100 % cribado en pacientes con otra patología vascular; media PAS (media ± DE) = 140,5, PAD (media ± DE) = 70, FG (media ± DE) = 62,5, NFaH mediana [rango intercuartílico] = 2); 28 (41 %) indicados desde la unidad de hipertensión (grupo 2: 70 % hipertensión resistente, 7 % hipertensión de nueva aparición, 19 % empeoramiento filtrado glomerular, 4 % proteinuria; media PAS (media ± DE) = 150,9, PAD (media ± DE) = 76,6, FG (media ± DE) = 55,3, NFaH mediana [rango intercuartílico] = 3); y 21 desde la unidad de trasplante renal (grupo 3: cribado 15 %, empeoramiento hipertensión o función renal 85 %; media PAS (media ± DE) = 151, PAD (media ± DE) = 78,8, FG (media ± DE) = 26,6, NFaH (mediana [rango intercuartílico] = 3). Los pacientes del grupo I tuvieron mayor prevalencia de tabaquismo y enfermedad cardiovascular asociada, y mejor PAD y FG que los de los grupos II y III. Todas las angioplastias fueron exitosas y sin complicaciones asociadas. Al año, los pacientes de grupos 2 y 3 (no grupo 1) tuvieron una reducción significativa de la PAS (-18,9, $p < 0,001$ y -20, $p < 0,001$, respectivamente) y PAD (-6,6, $p = 0,003$ y -6,3, $p = 0,027$, respectivamente). Además, los del grupo 3 aumentaron el FG (8,9, $p = 0,022$). Globalmente, la variación al año de la PAS se asoció a la PAS basal ($r = -0,709$; $p < 0,001$) y al grupo de procedencia ($\rho = 0,362$; $p = 0,03$), y la variación anual de FG al FG basal ($r = -0,508$; $p < 0,001$) y al grupo de procedencia ($\rho = 0,356$; $p = 0,04$).

Conclusiones: La PTA renal en EAR > 60 % puede asociarse a beneficios clínicos notorios si se selecciona adecuadamente al paciente, en especial en

casos de hipertensión resistente o empeoramiento del FG en riñón nativo o trasplantado.

CO 104. RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL SISTEMA DE TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA COMO PROFILAXIS PARA LAS COMPLICACIONES DEL ABORDAJE INGUINAL ABIERTO

María Rey Bascuás, Cristian José Rojas Molina, Marta Mascareñas García, Nilo Javier Mosquera Arochena *Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela, A Coruña*

Objetivos: La incisión inguinal es un abordaje muy extendido en la práctica quirúrgica vascular actual y por ello, sus complicaciones son un problema frecuente y con graves implicaciones, teniendo un papel fundamental las medidas para su prevención. Nuestro objetivo es analizar el efecto de la implantación de los sistemas de presión negativa (PICO) sobre la tasa de complicaciones posquirúrgicas en este tipo de abordaje.

Material: Se lleva a cabo una comparativa entre todos los pacientes en los que se realizó incisión inguinal en el año 2019 (previo a la implantación del protocolo con sistema PICO posquirúrgico, en adelante grupo 1) y en el año 2023 (tras el inicio de su implementación, grupo 2) y entre el subgrupo en los que se utilizó PICO frente a los que se realizó una cura convencional. La muestra completa la componen 257 pacientes ($n = 132$, Grupo 1, $n = 125$, grupo 2]). La caracterización demográfica la componen en el grupo 1 un 81 % de varones ($n = 108$) y en el grupo 2 un 87 % de varones ($n = 109$).

Metodología: Estudio unicéntrico, observacional y analítico de cohortes, con un punto de vista retrospectivo. El análisis estadístico se llevó a cabo mediante el *software* estadístico SPSS. Se analizaron los resultados aplicando la prueba χ^2 y prefijando un nivel de significancia del 0,05. Se realizó un análisis entre grupos y subgrupos. El *endpoint* pri-

mario fue la tasa de complicaciones a 30 días incluyendo infección, dehiscencia, hematoma y seroma.

Resultados: Analizando la variable PICO en la totalidad de la muestra, se demuestra que estos pacientes tienen un 70 % menos de probabilidades de presentar complicaciones a 30 días en comparación con aquellos a los que no, siendo estas diferencias estadísticamente significativas OR 0,30 (IC 95 % 0,12-0,73); $p = 0,005$. Analizando el grupo 2 y tomando como variable la aplicación del PICO este porcentaje aumenta hasta un 76 % (OR 0,24 [IC 95 %, 0,09-0,65]; $p = 0,003$). No existieron diferencias estadísticamente significativas en el número de complicaciones entre los dos años.

Conclusiones: En nuestro centro, la aplicación del sistema PICO en pacientes intervenidos quirúrgicamente mediante incisiones inguinales, demostró disminuir el riesgo de complicaciones a 30 días frente a la cura convencional.

CO 154. VALIDACIÓN LINGÜÍSTICA Y ANÁLISIS DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL (AAA)

Irene Peinado Zanón¹, Adéla Kotatkova², María Álamo Rodríguez¹, Emma Plana Andani¹, José Carlos Roselló Paredes¹, Manuel Miralles Hernández¹

¹Hospital Universitari i Politènic La Fe. València.

²Universitat Jaime I. Castelló de la Plana

Objetivos: Validar los cuestionarios de calidad de vida y satisfacción con el tratamiento en español, adaptándolos lingüística y culturalmente, mediante traducción supervisada. Valorar sus resultados en entorno clínico. Evaluar el impacto de la reparación endovascular (REV) en comparación con la reparación abierta (RA) en la calidad de vida de los pacientes con AAA.

Material: Cuestionarios AneurysmDQoL de calidad de vida (24 ítems) y Aneurysm/TSQ de satisfacción

con el tratamiento (11 ítems) (Health Psychology Research©, Ltd, Reino Unido), historias clínicas y entrevistas cognitivas.

Metodología: Primera etapa (validación lingüística): Traducción por dos traductores independientes. Estudio de homogeneidad mediante traducción inversa. Revisión por psicólogos y médicos. Valoración mediante entrevistas cognitivas (20 pacientes). Segunda etapa (validación clínica): cumplimentación del cuestionario por 105 pacientes (35 seguimiento (no intervenidos), 40 REV y 30 RA). Estadística descriptiva y comparación de medias entre REV y RA.

Resultados: Los pacientes con AAA consideran que sus proyectos, actividades de ocio y energía vital son los aspectos más afectados por la enfermedad. En general se encuentran satisfechos con el tratamiento recibido, el seguimiento médico y la información ofrecida sobre pruebas de imagen. No obstante, valoran peor la información recibida sobre su enfermedad, especialmente en referencia al tratamiento en el grupo REV (5 frente a 4,03, $p = 0,037$). Los pacientes sometidos a RA percibieron un mayor impacto inicial sobre su calidad de vida que los tratados mediante REV (1,35 frente a 0,77, $p = 0,47$), destacando ($p < 0,05$) la actividad física, vida familiar, tareas domésticas, vacaciones y malestar físico. Sin embargo, a pesar de un tiempo de seguimiento similar ($50,37 \pm 32,45$ meses RA y $45,24 \pm 22,24$ meses REV, $p = 0,794$), la calidad de vida actual fue mejor en el grupo de RA frente al de REV (1,32 frente a 0,85, $p = 0,042$).

Conclusiones: Este estudio destaca los aspectos que más impactan en el bienestar del paciente, y que son frecuentemente infravalorados en las consultas. Resalta la necesidad de una mejor comunicación para garantizar la comprensión del tratamiento, especialmente del endovascular. Aunque el impacto inicial en su calidad de vida es mayor en la RA, a largo plazo la perciben mejor. Esta paradoja podría explicarse por un mayor número de pruebas diagnósticas y reintervenciones tras la REV.

CO 156. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS MALFORMACIONES VASCULARES POR CIRUGÍA VASCULAR EN UN CENTRO: ANÁLISIS POR EDAD Y DISTRIBUCIÓN DE ÁREA SANITARIA

Eliseo Candela Beltrán, Irene Peinado Zanón, Ignacio Sánchez Nevárez, Vicente Molina Nácher, Noelia Garzón Bergada, Manuel Miralles Hernández
Hospital Universitari i Politècnic La Fe. València

Objetivos: Analizar características generales y variables de resultado. Comparar diferencias por área sanitaria y edad respecto tipo de malformación y tratamientos.

Material: Pacientes diagnosticados de malformaciones vasculares (MV) e intervenidos entre 2009 y 2023.

Metodología: Estudio retrospectivo. Distribución por área sanitaria local (AL) vs externa (AE), análisis por rango de edad (< 18 [R1] frente a ≥ 18 [R2]), características de las lesiones, tratamiento y evolución posoperatoria. Análisis estadístico descriptivo no paramétrico.

Resultados: Se incluyeron 61 pacientes. Un 13,1 % presentaron MV de alto flujo y 86,9 % de bajo flujo (MVBF). El 49,2 % de las MVBF fueron predominio venoso, 9,8 % venocapilares y 16,4 % componente linfático. Análisis por área AL frente a AE: distribución similar (49,2 frente a 50,8 %), edad media de 38,43 ± 38,7 frente a 21,77 ± 31,35 años ($p = 0,001$); componente tumoral 54,8 % frente a 23,3 % ($p = 0,012$) y síndromes malformativos 29 % frente a 6,7 % ($p = 0,023$), respectivamente. No se encontraron diferencias por sexo, tratamiento o evolución posquirúrgica. Por edades R1 frente a R2, la mayoría eran adultos (68,9 %). El grupo R1 presentó mayor componente tumoral (78,9 % frente a 21,4 %; $p < 0,001$) y necesidad de cirugía abierta (89,5 % frente a 54,8 %; $p = 0,009$). De las 89 intervenciones quirúrgicas, la mayoría presentaban componente tumoral (52,5 % frente a 14,3 %; $p = 0,004$). En el análisis por subgrupos de edad (0-5 [G1, $n = 4$], 6-11 [G2, $n = 6$], 12-17 [G3, $n = 9$], 18-25 [G4, $n = 13$], 26-59 [G5, $n = 24$], 60-99 [G6,

$n = 5$]), los grupos con mayor asociación a componente tumoral fueron G1 (100 %) y G2 (100 %). El 100 % de los pacientes de los grupos G1, G2 y G6 fueron tratados mediante cirugía abierta. La mitad de los pacientes del grupo G1 obtuvo positividad para mutación del gen PIK3CA. Hubo 20 complicaciones, sin diferencias por grupos. El seguimiento medio fue de 46,3±82 meses. No hubo *exitus*.

Conclusiones: Los pacientes derivados de áreas sanitarias externas presentaron mayor componente tumoral y síndromes malformativos, por otro lado, en la población pediátrica predominó el componente tumoral y necesidad de abordaje abierto. Esto explica su derivación a Cirugía Vascular (CV) dada su mayor complejidad, sin embargo, este hecho no aumentó el riesgo de complicaciones tras tratamiento. Estos resultados reafirman la importancia nuestra especialidad, así como la necesidad de áreas de referencia para el tratamiento de MV de alta complejidad.

CO 170. GRADO DE CONTROL DEL c-LDL Y MANEJO DEL TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE SEGÚN ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES INTERVENIDOS POR ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA DE MIEMBROS INFERIORES Y ENFERMEDAD CAROTÍDEA ATROSCLERÓTICA. DE LAS GUÍAS CLÍNICAS A LA PRÁCTICA DIARIA

Robert Josua Cedeño Peralta, Carlos Martínez Rico, Carol Herraz Pinilla, Ramón Vila Coll, Xavier Pintó Sala, Elena Iborra Ortega
Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona

Objetivos: Analizar la existencia de un correcto tratamiento hipolipemiente según la estratificación del riesgo cardiovascular en pacientes intervenidos por enfermedad arterial periférica (EAP) de miembros inferiores y enfermedad carotídea aterosclerótica.

Material: Estudio descriptivo, analítico y retrospectivo.

Metodología: Se realizó una base de datos mediante registros electrónicos de historias clínicas de 100 pacientes intervenidos de diciembre a enero/2022. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS.

Resultados: Los FRCV asociados con más frecuencia fueron: Dislipemia 100 %, EAP 80 %, HTA 67 %, DM 57 % y ECV 33 %. El 100 % de los pacientes intervenidos pertenecen al grupo de muy alto riesgo cardiovascular. Inicialmente el 87 % no cumplía objetivo c-LDL < 55 mg/dl y estos pacientes tenían concentraciones medias de c-LDL de 103 mg/dl, a diferencia de los que si cumplían objetivo con valores medios de 52 mg/dl ($p < 0,001$). El 67 % no tenían prescrito tratamiento hipolipemiante correcto según el riesgo cardiovascular. Dentro de los 6 meses posintervención 81 % continuaba sin llegar al objetivo de c-LDL y estos pacientes tenían concentraciones de c-LDL medias de 97 mg/dl, a diferencia de los que si cumplían objetivo que tenían valores medios de 50 mg/dl ($p < 0,001$). Las concentraciones medias de c-LDL en pacientes en tratamiento con estatinas de moderada potencia eran de 102 mg/dl, estatinas de alta potencia 90 mg/dl, estatinas de alta potencia + ezetimiba 74 mg/dl, lo que se traduce en valores más bajos de c-LDL cuando existe mayor potencia de tratamiento ($p 0,004$). Los pacientes con buena adherencia al tratamiento tenían concentraciones de c-LDL menores a diferencia de los que tenían mala adherencia (88 frente a 128 mg/dl) ($p 0,009$).

Conclusiones: La concentración de c-LDL supera significativamente los niveles recomendados por las actuales directrices de prevención secundaria en pacientes de muy alto riesgo vascular. A pesar de la disponibilidad de tratamientos de alta potencia con notables reducciones en los niveles de c-LDL, se identifica una gestión hipolipemiante subóptima en estos casos. Esta discrepancia subraya la necesidad urgente de mejorar las estrategias terapéuticas para garantizar un control más efectivo de los niveles de c-LDL en esta población.

CO 173. RECUPERACIÓN ACELERADA (FAST-TRACK) EN CIRUGÍA VASCULAR: IMPACTO EN ESTANCIA HOSPITALARIA, REINTERVENCIONES Y REINGRESOS

Fabricio Barahona Ulloa, Eduard Casajuana Urgell, Xavier Yugueros Castellnou, Gaspar Mestres Alomar, Victoria Gamé Figueroa, Vicente Rimbau Alonso

Hospital Clínic Barcelona. Barcelona

Introducción: En un entorno sanitario saturado, los programas de recuperación acelerada posquirúrgica (*fast-track*), pretenden optimizar recursos, facilitar la convalecencia del paciente y reducir complicaciones posoperatorias.

Objetivo: Nuestro objetivo fue evaluar los resultados de nuestro programa sistemático de *fast-track* posquirúrgico sobre la estancia hospitalaria y las tasas de reintervención/reingreso en pacientes intervenidos por patología arterial en nuestro servicio.

Material: Análisis retrospectivo de pacientes intervenidos por enfermedad arterial, de manera electiva y urgente, en un hospital terciario entre 2015 y 2023.

Metodología: Se agruparon los pacientes en dos grupos (electivos o urgentes) y posteriormente en subgrupos según el procedimiento quirúrgico indicado. Se evaluó la estancia hospitalaria posquirúrgica, las tasas y causas de reintervención/reingreso a 30 días. Se realizó subanálisis (t de Student) para determinar relación entre días de ingreso posquirúrgico y tasa de reingreso.

Resultados: Se incluyeron 1937 pacientes electivos y 490 urgentes. En electivos, la estancia posquirúrgica mediana fue de 1 día en la endarterectomía carotídea ($n = 253$), EVAR/TEVAR estándar ($n = 313$) y revascularización EEII endovascular ($n = 542$); seguido de 2 días en EVAR complejo (fEVAR/bEVAR/chEVAR) ($n = 142$); 3 días en revascularización EEII quirúrgica ($n = 366$) y amputaciones ($n = 187$); y 5 días en cirugía aórtica abierta ($n = 134$).

En urgentes, el ingreso de mediana fue de 2 días en revascularización EEII mediante embolectomía ($n = 204$); 4 días en revascularización EEII mediante *bypass* ($n = 109$) y amputaciones ($n = 99$); y 5 días en patología aórtica ($n = 78$). Las tasas totales de reintervención/reingreso fueron de 6,4 % / 4,7 % (electivas 4,5 %/4,7 % y urgentes 13,5 % / 4,5 %). La endarterectomía carotídea y el EVAR/TEVAR estándar presentaron las tasas más bajas de reintervención/reingreso (1,58 % / 0,79 % y 1,59 % / 1,59 %), siendo las más altas en procedimientos urgentes de revascularización EEII mediante *bypass* y amputaciones (9,3 % / 1,8 % y 11 % / 10,6 %). No se encontraron diferencias significativas entre los días de ingreso posquirúrgico y la tasa de reingreso en ninguno de los grupos estudiados.

Conclusiones: En nuestro centro, la realización de un programa sistemático de fast-track en pacientes intervenidos por patología arterial se ha asociado a reducidas estancias hospitalarias, sin conllevar tasas de reintervención/reingreso a 30 días superiores a las descritas en la literatura. Además, un menor número de días de ingreso no se relacionó con mayor tasa de reingreso en ninguna patología programada o urgente.

CO 174. RESULTADOS DEL ACCESO PERCUTÁNEO DE LA ARTERIA AXILAR Y SU RELACIÓN CON EL DIÁMETRO DEL INTRODUCIDOR EMPLEADO

Lia Postius Echeverri, Ángel Galindo Cordero, Efrén Martel Almeida, Agustín Medina Falcón, Ferrán Plá Sánchez, Guido Volo Pérez
*Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín.
Las Palmas de Gran Canaria*

Objetivos: El uso del dispositivo de cierre percutáneo Perclose® en la arteria axilar se encuentra fuera de las instrucciones de uso. El objetivo es analizar si existen diferencias en las complicaciones en este abordaje según el diámetro de acceso utilizado.

Material: Estudio retrospectivo de pacientes intervenidos en nuestro centro entre enero-2017 y diciembre-2023 con abordaje percutáneo de la arteria axilar.

Metodología: Se dividió la muestra en dos grupos según el diámetro del introductor empleado: Grupo A: aquellos que precisaron un introductor de 12 french (FR). Grupo B: uso de introductores < 12 FR, empleándose 7, 8 o 9 según necesidades. Se definió como complicación el sangrado con necesidad de conversión a cirugía abierta o implante de endoprótesis, la trombosis arterial y el ictus perioperatorio.

Resultados: Se incluyeron 71 pacientes: 20 (28,2 %) en el grupo A y 51 (71,8 %) en el B, sin diferencias significativas en las características demográficas entre ellos. En el grupo A, el 65 % de los casos fueron reparaciones endovasculares de aorta BEVAR/FEVAR, 10 % tratamiento de los vasos viscerales, 10 % EVAR y 15 % patología oclusiva del sector aortoiíaco, frente al 41,3 %, 19,5 %, 13,7 % y 25,5 % respectivamente en el B. Se emplearon 2 dispositivos de cierre en el 80 % en el Grupo A, frente a 27,5 % en el grupo B ($p < 0,001$). Hubo un 20 % de complicaciones en el grupo A frente a un 11,8 % en el B ($p = 0,07$). Del total de complicaciones en el grupo A, el 100 % fueron por sangrado, manejándose el 50 % mediante cirugía abierta y el resto (50 %) con la colocación de una endoprótesis. Del total en el grupo B, el 83,3 % fueron por sangrado, requiriendo el 20 % conversión a cirugía abierta y manejándose el 80 % de forma endovascular. Se produjo un ictus perioperatorio en el grupo B (16,6 %). La estancia hospitalaria mediana de la serie fue de 3 días (RIQ 2-5), sin diferencias.

Conclusiones: El diámetro del introductor empleado parece asociarse con la aparición de complicaciones relacionadas con el acceso, si bien es necesario un mayor tamaño muestral para confirmar esta tendencia. Con introductores de mayor tamaño, el abordaje abierto debería considerarse.



PANELES

PA 16. MIGRACIÓN DE UNA GUÍA DE ACCESO VENOSO AL SISTEMA ARTERIAL: ESTUDIO DE UN CASO ATÍPICO

Víctor Martínez Valiente, Pere Altes Mas, Miquel Gil Olaria, Candela Otero Martínez, Paula Casellas de Miguel, Secundino Llagostera Pujol
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona

Objetivos: Descripción de la hipótesis sobre la migración de una guía venosa hacia el sistema arterial y su posterior extracción mediante técnicas endovasculares.

Material: Presentamos el caso de una mujer de 33 años con antecedentes de pielonefritis aguda bilateral, quien requirió la inserción de un catéter venoso central periférico para administración de antibióticos endovenosos. Durante el procedimiento, presentó un episodio de dolor torácico autolimitado. Tras el alta, la paciente reconsultó urgencias por episodios recurrentes de dolor torácicos autolimitados y aparición de bultoma cervical izquierdo.

Metodología: Se realizó angio TC que reveló un cuerpo extraño compatible con guía de catéter venoso enclavado en cayado aórtico hasta hipogástrica izquierda. Se descartó la presencia de foramen oval permeable mediante ecocardiografía. Se plantea la hipótesis de que aún y la ausencia de foramen oval permeable, la guía de acceso venoso migró de retrógradamente desde vena basilica hasta vena cava superior con la parte flexible delante. Posteriormente, perforó el tabique interventricular con la parte rígida de guía, alcanzando el ventrículo izquierdo, y siendo expulsada anterogradamente para enclavarse en tejido blando supraclavicular. Siendo el resto de la guía expulsada progresivamente hasta alojarse en hipogástrica izquierda.

Resultados: Tras la evaluación conjunta de vascular-cardíaca, se consensua arteriografía para retirada de cuerpo extraño. La guía fue retirada de manera percutánea a través de acceso femoral derecho utilizando un catéter lazo. Durante el procedimiento, se realizó IVUS y aortografía para confirmar la correcta extracción y ausencia de sangrado. La paciente mantiene pulsos distales y estabilidad hemodinámica en todo momento. Posteriormente, se realizó rastreo con angio TC para comprobar la retirada completa del cuerpo.

Conclusiones: Se trata de un caso poco frecuente de migración de una guía venosa, posiblemente facilitada por una fístula arteriovenosa periférica o, más probablemente dados los antecedentes de dolor torácico de la paciente, por una perforación intraventricular. Se demuestra la utilidad y seguridad de la cirugía endovascular, destacando el uso de IVUS, incluso en situaciones atípicas, evitando la necesidad de cirugía abierta y potenciales complicaciones.

PA 17. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LA ENDOFIBROSIS DE ARTERIA ILÍACA EXTERNA DERECHA CON OCLUSIÓN DE ARTERIA ILÍACA EXTERNA EN PACIENTE CICLISTA

María Marcet Recolons¹, Kerbi Alejandro Guevara Noriega^{1,3}, Raquel Chávez Abiega¹, Javier Ramírez Ruiz¹, Elena González Cañas¹, Juan Gabriel Castro Ríos¹

¹Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell, Barcelona. ²Hospital de Mataró. Mataró, Barcelona. ³Centro Médico Teknon. Barcelona

Objetivos: La endofibrosis de la arteria ilíaca (EAI) es un proceso no aterosclerótico secundario a inflamación crónica por stress de la arteria ilíaca. También conocida como "síndrome ilíaco del ciclista".

Presentamos el caso de tratamiento endovascular de EAI en un paciente joven con clínica invalidante en la extremidad inferior derecha (EID).

Material: Paciente varón de 57 años, ciclista aficionado, con dolor invalidante al practicar deporte y claudicación a corta distancia. Al examen físico se evidenció ausencia de pulso femoral e índice tobillo-brazo basal de 0,5. La ecografía Doppler evidenció engrosamiento mural de la arteria ilíaca externa (AIE) derecha con curva monofásica en la arteria femoral común (VPS: 30 cm/s). Angio TC demostró oclusión de la AIE y áreas de engrosamiento focal de la pared compatibles con endofibrosis. Arterias ilíacas interna/común permeables. Con base en la historia clínica y los hallazgos radiológicos se realizó el diagnóstico de EAI.

Metodología: El paciente fue intervenido de forma endovascular mediante punción femoral contralateral (izquierda). Resultó muy difícil lograr la recanalización del eje ilíaco derecho además de observarse fácil creación de trayectos extraluminales antes de lograr la recanalización intraluminal. Dada la etiología y edad del paciente se decidió angioplastia con balón farmacoactivo (paclitaxel) de 4 x 40 mm durante 3 minutos seguido de colocación de 2 *stents* Gore Viahban® solapados de 8 x 50 mm (distal) y 9 x 50 mm (proximal).

Resultados: Buen resultado angiográfico con recuperación de la onda trifásica en la arteria femoral común. No se demostró deformidad de los *stents* ni alteraciones de flujo en la arteriografía dinámica. El paciente recuperó pulso tibial posterior.

Conclusiones: Los pacientes afectados de EAI son tratados habitualmente mediante cirugía abierta y *bypass* iliofemoral dado los buenos resultados demostrados. El abordaje endovascular resulta novedoso con escaso soporte en la literatura, aunque no invalida la opción de cirugía abierta futura y permite un primer acercamiento menos invasivo. El uso de balones farmacoactivos podrían jugar un rol importante en la permeabilidad futura de los *stents*. Los resultados a largo plazo están pendientes de validación.

PA 19. EXPERIENCIA CLÍNICA CON LA BIOPRÓTESIS OMNIFLOW II EN SECTORES FEMOROPOPLÍTEO Y AORTOILÍACO

Javier Jesús Pérez Ruiz, Jorge Martín Cañuelo, Felipe Arribas Neri
Hospital Puerta del Mar. Cádiz

Objetivos: Revisión de resultados de los *bypass* realizados con la bioprótesis Omniflow II como conducto en los sectores femoropoplíteo y aorto-ilíaco realizados en el servicio de nuestro hospital.

Material: Seguimiento clínico posoperatorio de los pacientes y realización de ecografía Doppler en cada consulta.

Metodología: Estudio de tipo retrospectivo. Datos obtenidos de las historias clínicas y del seguimiento con control ecográfico de los pacientes a los 3, 6 y 12 meses tras el implante de la prótesis Omniflow II. Se analiza la permeabilidad, trombosis, curación, infección protésica y necesidad de amputación mayor agrupando a pacientes según el sector tratado.

Resultados: Se realizaron 29 implantes. En el sector aorto-ilíaco, 8 prótesis, todas debido a infecciones protésicas previas. 6 derivaciones axilo-femorales y 2 derivaciones aorto-ilíacas. De los *bypass* axilofemorales, la mitad presentó trombosis, con recuperación del flujo en 2 casos tras trombectomía. De los dos *bypass* aorto-ilíaco, uno culminó en amputación mayor debido a la trombosis. En cuanto a permeabilidad primaria a 3, 6 y 12 meses, fue del 57,3 %, 28,6 % y 12,5 %, respectivamente. 25 % de los pacientes requirió amputación mayor en los primeros 6 meses. En el sector femoro-poplíteo, 21 prótesis, el 42,9 % derivaciones suprageniculares, 42,9 % infrageniculares y 14,3 % *bypass* primera a tercera porción de arteria poplíteo por exclusión de aneurismas poplíteos. Permeabilidad primaria a los 3, 6 y 12 meses fue del 94,7 %, 84,2 % y 78,9 %, respectivamente. Se registró trombosis del *bypass* en 47,6 % de los casos, permeabilidad secundaria del 80 % a los 12 meses. En casos de arteriopatía ocluyente, se obtuvo una curación de lesiones

en el 71,4 %, 56,3 % requirió amputación menor y 28,6 % amputación mayor. Los tres pacientes tratados por aneurisma poplíteo mantienen permeabilidad del *bypass* un año después del procedimiento.

Conclusiones: En nuestra experiencia la prótesis Omniflow II presenta mejores resultados en el sector femoropoplíteo con tasas de permeabilidad y resultados aceptables, mientras que su utilidad en el sector aortoiliaco resulta más limitado siendo necesario investigación adicional en este respecto.

PA 20. INFECCIÓN CRÓNICA POR *COXIELLA BURNETII* Y ANEURISMA AÓRTICO ABDOMINAL, REVISIÓN DE UNA SERIE DE CASOS

Javier Jesus Pérez Ruiz, Cristian Viñán Robalino, Felipe Arribas Neri
Hospital Puerta del Mar. Cádiz

Objetivos: Comunicar cuatro casos de aneurisma aórtico abdominal en el contexto de infección crónica por *Coxiella burnetii* (fiebre Q crónica) y la evolución en cada uno de ellos.

Material: Historia clínica digital.

Metodología: Estudio tipo serie de casos, se revisan cuatro casos de pacientes con AAA con presentación o complicaciones atípicas y FQC, diagnosticado mediante serología (anticuerpos IgG de fase I).

Resultados: *Caso 1:* AAA tratado mediante *bypass* aorto bifemoral (BPAoBiF). 5 años posoperatorio presenta degeneración aneurismática de anastomosis proximal, sintomática. *Exitus* en posoperatorio de endoprótesis ramificada. *Caso 2:* AAA sintomático doloroso con signos inminentes de rotura. Tratado mediante Endoprótesis bifurcada. 3 meses posoperatorio presenta FAE secundaria sobre rama derecha de la endoprótesis. *Exitus* por sepsis. *Caso 3:* Dolor lumbar 1 año de duración, en TAC espondilodiscitis y AAA junto a AAT sincrónico. Tratado mediante BPAoBiF con prótesis biológica. 2 me-

ses posoperatorio dehiscencias anastomóticas y tratamiento quirúrgico de las mismas. *Caso 4:* AAA y AAT tratados mediante BPAoBiF y endoprótesis torácica. 2 años posoperatorio presenta pseudoaneurisma anastomótico femoral derecho.

Conclusiones: No existe evidencia definitiva de asociación entre FQC y AAA, pero si se ha establecido relación con endocarditis y se cree mecanismos similares pueden conllevar a la aparición de aneurismas. Este mismo mecanismo puede estar implicado en la aparición de complicaciones asociado a procesos inflamatorios o infecciosos como los que se han observado en estos pacientes. La FQC es un cuadro infrecuente y su diagnóstico implica un alto índice de sospecha. En aneurismas sintomáticos, atípicos o con complicaciones posoperatorias se debe descartar esta entidad.

PA 22. SÍNDROME DEL ARQUERO: DESCOMPRESIÓN QUIRÚRGICA ANTERIOR DE LA ARTERIA VERTEBRAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Sofía López Rius, Javier Villaverde Rodríguez, María Rey Bascuás, Rita Calviño López-Villalta, Cristian Rojas Molina
Servicio de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular. Hospital Clínico de Santiago. Santiago de Compostela, A Coruña

Objetivos: Presentar el caso de una paciente con síndrome del arquero tratada en nuestro centro mediante descompresión quirúrgica de la arteria vertebral por vía anterior.

Material: Información relativa a la paciente disponible en el centro. Literatura científica en relación al caso. Material multimedia relativo a pruebas de imagen y tratamiento quirúrgico de la paciente.

Metodología: Revisión de la literatura relativa al síndrome del arquero entre 2011 y 2024. Descripción de los métodos de diagnóstico y tratamiento en el caso anteriormente mencionado.

Resultados: Paciente mujer de 76 años con antecedentes de discopatía y artropatía degenerativas, portadora de marcapasos, que presenta clínica de episodios de vértigos y síncope de repetición, inestabilidad postural y dolor cervical, de meses de evolución, que relaciona con posturas forzadas del cuello. Se diagnostica de síndrome del arquero mediante angiografía, que demuestra compresión de la arteria cervical derecha a nivel de C5-C6 con la dextrorrotación cervical. La paciente es sometida a cirugía de descompresión anterior de la arteria vertebral derecha mediante resección de la parte anterior de la apófisis transversa de C5 y de la articulación uncovertebral C5-C6, obteniendo como resultado la desaparición de la sintomatología anteriormente mencionada.

Conclusiones: El síndrome del arquero es un síndrome neurovascular caracterizado por la oclusión dinámica de la arteria vertebral dominante con el movimiento de rotación del cuello hacia el lado contralateral. Es una condición rara de incidencia desconocida. En la mayoría de los casos está causado por alteraciones de la anatomía en el trayecto de la arteria vertebral. Consiste en un cuadro de insuficiencia vertebro-basilar desencadenada por la rotación de la cabeza. La angiografía dinámica es la prueba diagnóstica de elección. El tratamiento es más frecuentemente conservador mediante modificación de la conducta o quirúrgico en casos seleccionados.

PA 24. DÍVERTICULO DE KOMMERELL CON ARCO AÓRTICO IZQUIERDO CON ARTERIA SUBCLAVIA DERECHA ABERRANTE: CIRUGÍA HÍBRIDA EN UN PACIENTE OCTOGENARIO

Javier Ramírez Ruiz¹, Teresa Solanich Valldaura^{1,2}, Raquel Chávez Abiega¹, María Marcet Recolons¹, Kerbi Alejandro Guevara Noriega^{1,3,4}

¹Parc Taulí Hospital Universitari. Sabadell, Barcelona.

²Institut d'Investigació i Innovació I3PT. Sabadell, Barcelona. ³Hospital de Mataró. Mataró, Barcelona. ⁴Centro Médico Teknon. Barcelona

Objetivos: El divertículo de Kommerell (DK) es un defecto congénito del arco aórtico muy poco frecuente. Su prevalencia es del 0,4-2,3 % y se asocia a la presencia de arteria subclavia derecha aberrante (ASDA). Su tratamiento quirúrgico está indicado cuando da sintomatología o por su diámetro para evitar complicaciones. Presentamos un caso de ASDA asociado a DK en arco aórtico izquierdo en un paciente octogenario.

Material: Varón de 84 años con antecedentes de: exfumador, dislipemia, lobectomía lóbulo superior derecho por carcinoma escamoso libre de enfermedad e intervenido de aneurisma aorta abdominal mediante EVAR hace 6 años. En seguimiento por aneurisma aorta torácica de 48mm y ASDA con dilatación aneurismática de 24 mm. En los seguimientos mediante angio TAC se detecta un rápido crecimiento del DK hasta 48 mm. Se valoró juntamente con anestesiología y se indicó la intervención quirúrgica. El paciente estaba en tratamiento antiagregante simple e hipolipemiente.

Metodología: Paciente tratado mediante cirugía híbrida en 2 tiempos. En un primer tiempo se realizó *bypass* carótido-subclavio izquierdo con prótesis de PTFE y ligadura de arteria subclavia izquierda prevertebral. Al mes se realizó el segundo tiempo quirúrgico: se colocó endoprótesis aórtica Gore® C-Tag de 37X37 × 150 mm sellando justo distal al origen de carótida común izquierda. En la misma cirugía mediante abordaje de subclavia derecha se embolizó el DK con múltiples Coils Azur® y se ligó la arteria subclavia derecha prevertebral. Se desestimó reimplante de subclavia derecha o *bypass* por detectarse estenosis moderada en carótida común derecha.

Resultados: No hubo complicaciones en el posoperatorio de ninguna de las dos intervenciones. Se realizó seguimiento clínico y con angio TAC, manteniéndose el paciente asintomático. En angio TAC se evidenció correcta permeabilidad de la endoprótesis y del *bypass* carótido-subclavia, exclusión total del DK y relleno de subclavia derecha a través de la vertebral.

Conclusiones: El DK asociado a ASDA es una patología infrecuente, pero según el tamaño hay riesgo de complicaciones. La cirugía híbrida es la alternativa adecuada para el tratamiento de ASDA asociada a DK de gran tamaño en pacientes de alto riesgo para la cirugía abierta.

PA 28. F-TEVAR *IN SITU*, PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

Sabrina Alejandra Morcillo Gelstein, Marta González Fernández, David Vargas Larriva, Rodrigo Fernández González, Raúl García Casas
Hospital Montecelo. Pontevedra

Objetivos: La ausencia de zona de sellado proximal en TEVAR es un desafío por las opciones limitadas y agresivas, asociadas a importante morbimortalidad.

Material: Presentamos dos casos clínicos con ausencia de sellado proximal en zona 3, a los que se realiza f-TEVAR *in situ*.

Metodología: *Caso 1.* Mujer de 73 años, ex-fumadora, hipertensa y EPOC, intervenida de TEVAR (Zenith TX2) + *bypass* carótido-subclavio izquierdo en 2022 por disección aórtica tipo B (DAB) crónica. Presenta en angiotomografía control a los 12 meses SINE proximal con necesidad de sellado en zona 0 asociado a arco bovino, por ello se realiza TEVAR con endoprótesis Valiant fenestrada *in situ* con *scallop* para tronco braquiocefálico + fenestración 8 mm para arteria carótida común izquierda que se realinea con *stent* recubierto balón expandible.

Caso 2. Varón de 53 años diabético, con mal control tensional y DAB aguda. Presenta progresión de disección en TAC de control al mes con puerta de entrada en zona 3 asociada a arco bovino, por ello se realiza f-TEVAR *in situ* para sellado en zona 0 con prótesis Valiant (*scallop* para arco bovino + fenestración 8 mm para arteria subclavia izquierda -ASCI- que se realinea con *stent* recubierto balón expandible).

Resultados: Ambos casos presentaron correcta permeabilidad en control al mes y 3 meses,

con ausencia de *endoleaks* y trombosis de luz falsa proximal.

Conclusiones: La cobertura de ASCI es un factor modificable de morbimortalidad, con una tasa de ictus y muerte del 8,8 y 7,1 % de los casos en los que se evita mediante técnica combinada. F-TEVAR es un recurso útil en zonas de sellado proximal desfavorables y patologías de arco aórtico. La modificación de endoprótesis se encuentra fuera de las indicaciones de uso, pero hay estudios que evidencian resultados que las endoprótesis modificadas presentan resultados comparables a las endoprótesis prefabricadas a corto plazo. Presenta el beneficio de poder utilizarse durante procedimientos urgentes y poseer menor costo de fabricación. El éxito del procedimiento se basa en una planificación prequirúrgica cuidadosa, la correcta selección del paciente y experiencia del equipo quirúrgico. Por contra esta técnica no tiene el control de calidad industrial y hacen falta estudios prospectivos para evidenciar durabilidad.

PA 30. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ANEURISMA DE ARTERIA CARÓTIDA INTERNA EXTRACRANEAL (ACIE): A PROPÓSITO DE UN CASO

Patricia Ramírez González, Eduardo Picazo Pineda, Amaia Echaide Artieda, Ángel Plaza Martínez, Ignacio Crespo Moreno, Francisco Julián Gómez Palonés
Hospital Universitari Doctor Peset. València

Objetivos: Descripción de un caso de reparación abierta de aneurisma sacular cuya singularidad reside en el gran tamaño, la localización distal y el abordaje quirúrgico empleado, poco habitual en nuestra especialidad.

Material: Varón de 81 años hipertenso, diabético tipo 2, dislipémico, con neoplasia de sigma tratada e hidrocefalia normotensiva. Al consultar por tumoración pulsátil latero-cervical derecha, es estudiado mediante eco Doppler y angio TC que muestra un aneurisma sacular de 30 × 25 × 23 mm dependiente de ACIE derecha próximo a base del cráneo, con gran elongación distal.

Metodología: Bajo anestesia general y mediante incisión de Sábileau-Carrega modificada (incisión laterocervical arciforme de mentón a punta mastoidea) se practica aneurismectomía y sutura directa término-terminal. Se preserva flujo cerebral anterógrado mediante *shunt* carotídeo.

Resultados: Posoperatorio sin incidencias salvo paresia transitoria del nervio facial e hipogloso secundaria a la manipulación quirúrgica, resuelta con tratamiento médico corticoideo, siendo el paciente dado de alta al segundo día de la intervención. Análisis anatómico-patológico: aneurisma arterioscleroso. Seguimiento a los 3 meses con reconstrucción permeable y sin incidencias clínicas.

Conclusiones: El aneurisma de ACIE es una entidad poco frecuente (0,3-0,6 % de la población), que tiende al crecimiento progresivo, riesgo de complicaciones tromboembólicas, a compresión nerviosa y eventual rotura, lo que justifica su tratamiento. En aneurismas con localización distal o extensos, la incisión de Sábileau-Carrega modificada permite una amplia exposición y un mayor control proximal y distal de la ACIE. En el caso presentado la gran elongación desestimó el tratamiento endovascular al tiempo que permitió la reparación mediante resección y anastomosis término-terminal, sin interposición de injertos.

PA 49. ROTURA DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL POS-EVAR POR ENDOFUGA DE ORIGEN EXCEPCIONAL

Sandra García Portillo, Rocío Sirgo Rodríguez, Carlos de la Infiesta García, Jónatan Vázquez Vázquez, Irene Leal Chavarría, Marta Ballesteros Pomar
Hospital Universitario de León. León

Objetivos: Presentamos un caso de una rotura de aneurisma de aorta abdominal (AAA) con endoprótesis aórtica.

Material: Paciente de 74 años con AP de HTA y paraplejía tras sección medular traumática. Interven-

do en 2015 de AAA mediante EVAR en otro centro, requirió en 2021 embolización de A. ilíaca interna derecha y extensión a A. ilíaca externa por crecimiento del saco. Acude a urgencias por astenia y dolor abdominal difuso de 48 h de evolución. A la exploración física estable hemodinámicamente, abdomen distendido y doloroso con latido aórtico expansivo, asociado a una Hb de 5 según la analítica. En angio TC de urgencia se visualiza un saco aneurismático de 17 x 13 cm y hematoma contenido en flanco derecho, hallazgos compatibles con una endofuga y pérdida de contención de la pared aórtica en su región derecha con extravasación de contraste.

Metodología: Se decide intervención quirúrgica urgente, a través de acceso femoral izquierdo se realiza endoclampaje aórtico mediante balón Reliant en posición suprarrenal. Se realiza arteriografía sin evidenciar punto de fuga, por lo que se decide realizar explante de endoprótesis e injerto aortobifemoral a AFC con Dracron plata 20 x 10. Se dejó *stent* suprarrenal y rodete protésico proximal para realizar la anastomosis proximal. Durante el procedimiento se constata una rotura de la tela en la pared derecha del cuerpo principal de la endoprótesis, con extravasación sanguínea en forma de jet.

Resultados: El paciente precisa estancia posoperatoria durante 48 h en Unidad de Reanimación y soporte con aminas. Evolución tórpida desde el punto de vista digestivo, desarrolla íleo paralítico. Posteriormente Cirugía General realiza eventrorrafía y liberación de bordes de aponeurosis por evisceración contenida. Evolución favorable posterior, alta al 14.º día con pulsos distales.

Conclusiones: Las endofugas tipo IIIb secundarias a rotura de tela endoprotésica son muy poco frecuentes, con escasos casos descritos en la literatura, pero potencialmente mortales por crecimiento de saco. Representan una causa excepcional de endofuga, de difícil diagnóstico con las pruebas de imagen habituales, siendo en ocasiones la cirugía abierta la única forma de diagnóstico.

PA 54. EXPERIENCIA CLÍNICA Y RESULTADOS DE LA CIRUGÍA HÍBRIDA DEL ARCO AÓRTICO: UN ANÁLISIS DE CASOS Y LECCIONES APRENDIDAS

Noemí Hidalgo Iranzo, José Antonio Lechón Saz, Beatriz García Nieto, Jorge Álvarez Gómez, Ana Cristina Marzo Álvarez, Inés Torres Nieto
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

Objetivos: Revisión de casos de cirugía híbrida del arco, tipo de intervención, resultados y complicaciones.

Material: Informes e imágenes de la historia clínica.

Metodología: Revisión retrospectiva de cirugías híbridas realizadas en los últimos diez años.

Resultados: Presentamos 9 casos con patología del arco aórtico, uno de zona 0, dos de zona 1 y seis de zona 2. El 77,8 % varones con una edad media de 63,2 años. Cinco presentaron patología aneurismática asintomática, cuatro saculares y uno fusiforme, intervenidos de forma programada. Los otros cuatro precisaron de cirugía urgente por disección aguda B complicada, rotura traumática de aorta y dos aneurismas fusiformes disecantes. Seis precisaron de revascularización del tronco braquiocefálico desde aorta ascendente y revascularización de carótida izquierda. Tres precisaron únicamente de derivación carótido-carotídea. Seis pacientes fueron sometidos a revascularización de subclavia izquierda, de los restantes, ninguno presentó complicaciones asociadas a robo. Todos finalizaron el procedimiento mediante endoprótesis torácica; Se utilizaron 19 endoprótesis torácicas: 2 VALIANT, 1 NEXUS y 16 CTAG. Se emplearon de una a tres endoprótesis en cada paciente para una cobertura máxima de unos 200 milímetros. Se realizó monitorización de presión de LCR, sin complicaciones isquémicas medulares asociadas. Tres pacientes se intervinieron en un tiempo quirúrgico, cinco en dos y uno en tres. Los tiempos dependieron de: longitud de aorta a tratar, urgencia quirúrgica, edad, comorbilidad, estabilidad y/o

complicaciones durante el primer procedimiento. A corto plazo, un paciente presentó isquemia cerebral irreversible, que causó la muerte de este. A largo plazo, se registraron dos endofugas tipo 1A, tratadas, una fístula traqueoesofágica, que produjo el fallecimiento y una infección protésica, en tratamiento antibiótico supresor. Todos los pacientes fueron seguidos al menos durante un año con una supervivencia global del 66,66 %. Cinco pacientes fueron seguidos durante tres y cinco años, con una supervivencia del 40 %. De las cinco muertes registradas, dos se debieron a complicaciones de cirugía.

Conclusiones: La cirugía del arco aórtico es una buena alternativa a la cirugía clásica en pacientes con grandes comorbilidades y en aquellos que precisan de cirugía urgente en centros con experiencia reducida, sin embargo, no está exenta de complicaciones, existiendo una tasa alta de morbimortalidad.

PA 56. MONITORIZACIÓN CON CÁMARA HIPERESPECTRAL DE LA EPITELIZACIÓN DE ÚLCERAS VENOSAS EN PACIENTES TRATADOS CON ESCLEROTERAPIA ECOGUIADA

Noelia Garzón Bergadá, Eliseo Candela Beltrán, María Ángeles Blasco Vera, María Álamo Rodríguez, Irene Peinado Zanón, Manuel Miralles Hernández
Hospital Universitari i Politècnic La Fe. València

Objetivos: Evaluar la evolución y tendencia de parámetros tisulares mediante la cámara hiperespectral (CH) en pacientes con UV pre- y postratamiento esclerosante.

Material: Estudio prospectivo de 8 extremidades con UV. Los parámetros tisulares evaluados pre- y postratamiento fueron: saturación de oxígeno superficial (SatO₂), índice de perfusión (NIR), índice de hemoglobina tisular (THI) e índice de hidratación tisular (TWI).

Metodología: Se realizó una medición con sistema TIVITA antes y después de tratamiento con esclerosis

ecoguiada, midiendo específicamente el área de piel afectada por la úlcera venosa. Se realizó un análisis estadístico incluyendo estadísticos descriptivos y pruebas no paramétricas de comparación de medias. Se utilizó para definir los *shunt* venosos, la clasificación de la SEACV.

Resultados: Edad media $66,00 \pm 16,87$ años, con un 50 % de mujeres. El 50 % presentaba una úlcera mayor de 5 cm. El *shunt* más frecuentemente tratado fue el tipo 3 de safena interna (62,5 %), seguido del tipo 6 (37,5 %). Los sectores esclerosados más frecuentemente fueron safena interna (37,5 %) y perforantes patológicas (37,5 %). Se utilizó etoxiesclerol al 0,5 % en el 87,5 % de pacientes y al 3 % en el 12,5 %, con una media de $7,43 \pm 2,51$ cm³ por paciente. Antes del tratamiento la SatO₂ media fue de 62,20 %, la de NIR de 47,61, la de THI de 49,01 y la de TWI de 56,37. Aunque la diferencia no fue significativa, se observó una tendencia a la mejoría de los parámetros de perfusión postratamiento (media SatO₂ 63,53 %; THI 52,21) y del TWI (59,37). Se consiguió la curación del 37,5 % de UV, con una media de 2,14 sesiones y 41 días hasta cicatrización.

Conclusiones: La CH permite evaluar y monitorizar los índices de perfusión y de hidratación en pacientes con UV tras el tratamiento esclerosante.

PA 71. WEB CAROTÍDEO: SERIE DE 3 CASOS

Pedro Julián García Garrido, Ana Isabel Guillén Cascales, Celia Rioja Olmedo, Irene Rastrollo Sánchez, Rocío Belén Rodríguez Carmona, Rodrigo Eduardo Yoldi Bocanegra
Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería

Objetivos: Definimos "web carotídeo" como una arteriopatía no arterioesclerótica no inflamatoria, ocasionada por un defecto intraluminal en el bulbo carotídeo. Histopatológicamente observamos fibrosis e hiperplasia intimal, secundario a anomalías del *vasa vasorum* con flujo turbulento y ectasia. Es una causa poco conocida de accidente cerebrovascular, sobre todo en pacientes jóvenes sin factores de riesgo vascular.

Material: A colación de lo dicho previamente, presentamos la siguiente serie de casos.

Metodología: En primer lugar, mujer de 31 años sin antecedentes de interés con cuadro súbito de parestesias en MSI y debilidad facial derecha. Refiere episodio de hemiplejía e hipoestesia izquierda tres meses antes. En angio TC se observa discreta irregularidad en la pared posterior de ACI derecha. El segundo caso, mujer de 59 años, fumadora e hipertensa, que presenta desviación de comisura bucal a la izquierda, hemiplejía e hipoestesia izquierdas. El TC craneal muestra trombo en el segmento M2 de ACM derecha y el Doppler de TSA una espícula longitudinal hiperecoica en la pared posterior del inicio de ACI. Por último, varón de 24 años, sin antecedentes, que presenta cuadro súbito de mutismo y hemiplejía derecha. En el TC craneal se objetiva trombo en segmento M1 de ACM izquierda y, en la angiografía, septo en la pared posterior de la ACI izquierda proximal.

Resultados: Ante estos hallazgos, se decide intervención quirúrgica, evidenciándose úlcera cicatrizada en el primer caso, que se fija con puntos de Kunlin y cierre de la arteriotomía con parche de Dacron. En los dos casos restantes, se observó repliegue intimal que se reseca con la espátula de olivecrona y se cierra con parche de Dacron.

Conclusiones: El tratamiento actual del web carotídeo sintomático incluye: la endarterectomía carotídea, el *stent* carotídeo o el manejo conservador con tratamiento médico (antiagregación, estatinas y anticoagulación). A pesar de esto, nuestros 3 casos fueron tratados mediante endarterectomía carotídea.

PA 74. COMPRENDIENDO LA "WEB CAROTÍDEA": UNA CAUSA CRIPTOGÉNICA DE ICTUS CEREBRAL

Álvaro Vidal Ortiz, Alfredo Silva Wilson, Víctor Manuel Lozano Bouzon, César Varela Casariego, Alicia Bueno Bertomeu, José Ramón March García
Hospital Universitario de Getafe. Getafe, Madrid

Objetivos: Presentar nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgico abierto de la "web carotídea" y sus resultados clínicos.

Material: Análisis descriptivo de dos casos clínicos en pacientes con "web carotídea" diagnosticada tras presentar clínica de ictus isquémico en nuestro centro. Se recoge información epidemiológica, factores de riesgo cardiovascular, presentación clínica y pruebas de imagen diagnósticas. Se describen las diferentes técnicas de cirugía abierta. Se realiza análisis de seguimiento posoperatorio, así como de los resultados de anatomía patológica.

Metodología: Descripción de casos clínicos.

Resultados: *Caso 1.* Mujer de 53 años fumadora que presenta un cuadro de hemiparesia derecha y disartria similar a clínica de 4 meses antes por la que no consultó con ningún especialista. En el angio TAC se visualiza una imagen sugerente de posible web carotídea en origen de carótida interna izquierda y en el eco Doppler carotídeo se observa una banda fibrosa que protruye hacia la luz arterial en el origen de la arteria carótida interna sin repercusión hemodinámica significativa. Se realiza endarterectomía de arteria carótida interna izquierda con cierre de parche de pericardio bovino.

Caso 2. Varón de 74 años, con antecedentes de dislipemia, HTA, IRC e hiperuricemia que presenta un cuadro de disartria-mano torpe derecha presentando cuadros similares 4 años y 4 meses antes. En el angio TAC se visualiza una imagen sugerente de posible web carotídea en origen de carótida interna izquierda y en el eco Doppler carotídeo se observa una banda fibrosa que protruye hacia la luz arterial en el origen de la arteria carótida interna sin repercusión hemodinámica significativa. Se realiza resección circunferencial de la lesión carotídea realizando posteriormente una anastomosis término-terminal. Las técnicas quirúrgicas y el posoperatorio inmediato transcurrieron sin incidencias. La anatomía patológica informa de fibrosis periarterial e intraarterial. En ambos casos, en el control mediante eco Doppler, la reconstrucción arterial se encontraba sin reestenosis ni alteraciones hemodinámicas significativas.

Conclusiones: La "web carotídea" es una causa infrecuente de patología isquémica cerebral cuyo diagnóstico exige un alto nivel de sospecha por nuestra parte. Los distintos tipos de reparación quirúrgica ofrecen buenos resultados en nuestra experiencia.

PA 80. EXPERIENCIA EN LA PROTOCOLIZACIÓN DEL DISPOSITIVO ESTIMULADOR DE BARORRECEPTORES CAROTÍDEOS BAROSTIM

Ángel Galindo Cordero, Lia Postius Echeverri, Sofía Hernández Pérez, Efrén Martel Almeida, Serguei de Varona Frolov, Guido Volo Pérez

Hospital Universitario Gran Canaria Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria

Objetivos: La estimulación de barorreceptores carotídeos se presenta como una alternativa no farmacológica al tratamiento de la HTA refractaria y en insuficiencia cardíaca crónica, posicionándose como un paso inicial o alternativa a la terapia con asistencia ventricular izquierda y trasplante cardíaco. En el protocolo establecido en nuestro hospital se realizan las siguientes acciones prequirúrgicas: 1) Estudio carotídeo cartográfico mediante ultrasonidos: lesiones ateromatosas, estenosis hemodinámicamente significativas y marcado de bifurcación carotídea. 2) Valoración por Anestesia. 3) Suspensión de la medicación antihipertensiva 4-6 horas previo al implante, salvo betabloqueantes. Antagonistas de la vitamina K: 48 horas antes y terapia puente con HBPM, anticoagulantes directos según indicaciones. Clopidogrel 5 días. En portadores de DAI, será desactivado y se realizará el implante en el lado contralateral al dispositivo. En quirófano, se encuentran presentes compañeros de anestesia, cardiología y técnico del Barostim. Procedemos mediante incisión longitudinal, disección y control del trípode carotídeo, comprobando el sitio idóneo para el implante localizando el glomus, fijando el electrodo mediante suturas discontinuas de poliproleno. Tras comprobación de la correcta función del mismo, se realiza bolsillo subcutáneo subcutáneo torácico para depositar el generador y tuneli-

zar el electrodo, procediéndose al cierre con vicryl el plano subcutáneo e intradérmica la piel.

Material: Pacientes derivados por Nefrología y Cardiología con HTA refractaria, definida como 3 fármacos, siendo uno de ellos un diurético, e insuficiencia cardíaca crónica con una FEVI < 35 % y al menos un nivel III en la NYHA pese a tratamiento médico óptimo.

Metodología: Presentamos 5 casos con ICC y 1 caso con HTA refractaria.

Resultados: Seguimiento ambulatorio a la semana y al mes del procedimiento. Dos de tres con ICC presentaron mejoría clínica, así como el paciente con HTA refractaria. Quien requirió cambio de IPL (pila) a los dos años posimplante por aumento de impedancia. Los casos 5 y 6 sin poder medir mejoría clínica por precocidad de intervención. Como complicación menor, solo un paciente presentó hematoma en bolsillo torácico anterior recuperándose espontáneamente.

Conclusiones: El implante del Barostim se presenta como una técnica reproducible, factible y protocolizable en un servicio de cirugía vascular.

PA 82. CREACIÓN DE NEOCAVA INFERIOR EN PACIENTE CON ATRESIA DE CAVA INFRAHEPÁTICA Y SÍNDROME POSTROMBÓTICO INCAPACITANTE

Sandra Hojas Gutiérrez¹, Ruth Fuente Garrido¹, Natalia Moradillo Renuncio¹, Alejandro Rodríguez Morata², Juan Pedro Reyes Ortega², Sara Rey Hortigüela¹, Ignacio de Loyola Agúndez Gómez¹

¹Hospital Universitario de Burgos. Burgos. ²Hospital Quirónsalud. Málaga

Objetivos: Creación de neocava en paciente con atresia de vena cava inferior (VCI) sintomática tras trombosis venosa profunda (TVP) iliofemoral bilateral con evolución a síndrome postrombótico grave.

Material: Varón de 40 años en seguimiento por síndrome postrombótico grave con incapacidad para la deambulación tras TVP iliofemoral bilateral 5 años antes en contexto de atresia de VCI supra-renal tratado con anticoagulación y contención elástica. Presenta colateralidad venosa en extremidades y región suprapúbica. En angio TC se observa circulación colateral intraabdominal a través de vena ácigos y hemiácigos, ingurgitación de venas gonadales, varices pélvicas y colateralidad abdominotorácico. Se decide realización de neocava.

Metodología: Bajo anestesia general y abordaje percutáneo femoral venoso bilateral y yugular izquierdo (5F). La flebografía confirma trombosis de VCI y ambas ilíacas con recanalización parcial de femorales comunes. Tras recanalización de vena ilíaca izquierda y VCI desde femoral se establece *through & through* a yugular, se identifican venas suprahepáticas con IVUS, y se procede a angioplastia progresiva (5-8-10-12-14-18) (con balones Mustang® Boston Scientific y Atlas Gold® Bard) y posterior implante de dos *stents* autoexpandibles 24 × 100 mm y 24 × 80 mm (Sinus XL® Optimed) en VCI. Se recanaliza eje ilíaco derecho y se realiza idéntica angioplastia progresiva. A nivel de ilíacas comunes se realiza *kissing stent* (16 × 120 mm Abre® Medtronic) y tras identificar venas femorales profundas con IVUS se extienden distalmente con *stent* 14 × 100 mm y 12 × 120 mm (Abre® Medtronic). Tras posdilatación de neobifurcación se obtiene un buen control angiográfico final.

Resultados: Mejoría subjetiva de pesadez y edema de MMII por lo que es dado de alta con HBPM. A las 12 h presenta cuadro sincopal en domicilio y es atendido en urgencias en contexto de anemia por hematoma retroperitoneal objetivado en angio TC, que es manejado médicamente. Es dado de alta 10 días después. En angio TC muestra además estenosis de *stent* ilíaco izquierdo que se programa angioplastia un mes más tarde. A los 6 meses posoperatorios es capaz de caminar.

Conclusiones: El tratamiento endovascular de la atresia de VCI mediante *stent* es un tratamiento novedoso y eficaz en términos de mejoría clínica,

aunque puede asociarse con complicaciones potencialmente graves y requerir reintervenciones para garantizar su permeabilidad.

PA 91. PREPARACIÓN DE ARTERIA ILÍACA EXTERNA CON LITOTRICIA ENDOVASCULAR PARA TRASPLANTE RENAL

José Carlos Roselló Paredes, Noelia Garzón Bergadà, María Álamo Rodríguez, Irene Peinado Zanón, Manuel Miralles Hernández
Hospital Universitari i Politècnic La Fe. València

Objetivos: Descripción de un caso clínico de un trasplante renal izquierdo realizado con preparación previa de la arteria ilíaca externa del receptor con litotricia endovascular.

Material: Historia clínica, pruebas complementarias y seguimiento posoperatorio.

Metodología: Varón de 62 años con hipertensión, dislipemia y fibrilación auricular no anticoagulada. Antecedente de glomerulonefritis IgA con enfermedad renal crónica que condiciona necesidad de terapia renal sustitutiva en 1997. Se realiza primer trasplante renal izquierdo en 2000 que requiere nefrectomía por rotura de aneurisma micótico. En 2001, se realiza un segundo trasplante renal, en el lado derecho, que eventualmente falla tras recidiva de su enfermedad de base. En 2017, reinicia diálisis con catéter venoso central. Tras valoración en comité multidisciplinar se decide implante renal izquierdo a pesar de calcificación ilíaca y tras descartar trasplante ortotópico. Abordaje abierto de fosa ilíaca izquierda y acceso al retroperitoneo mediante incisión paramediana. Hallazgo de arteria ilíaca común y externa altamente calcificadas y sin ventana óptima para anastomosis renal. Colocación de introductor corto de 8Fr en arteria femoral común izquierda y canalización el eje ilíaco con guía hidrofílica bajo fluoroscopia. Paso de sistema *shockwave intravascular lithotripsy* de 8 Fr por el eje ilíaco y tratamiento, según protocolo, de la arteria ilíaca externa. Comprobación de

resultado óptimo bajo fluoroscopia y realización del trasplante renal con anastomosis arterial en ilíaca externa distal.

Resultados: El posoperatorio inmediato cursa sin incidencias. Actualmente, el paciente se encuentra ingresado y con descenso progresivo de los niveles de creatinina y diuresis conservada. En ecografía de control, la arteria renal se encuentra permeable con velocidades de 101 cm/s, riñón normoperfundido e índice de resistencia renal de 0,63.

Conclusiones: El trasplante renal puede ser complejo y presentar grandes desafíos, no solo desde el punto de vista renal sino también desde el punto de vista vascular. Ante situaciones complejas como lo es la calcificación arterial, la litotricia endovascular puede ser una herramienta adyuvante para el tratamiento exitoso de estos pacientes.

PA 92. EXPLORANDO LA INTERSECCIÓN ENTRE AUTOINMUNIDAD Y CIRUGÍA VASCULAR: ANÁLISIS DEL SÍNDROME DE COGAN A TRAVÉS DE UN CASO CLÍNICO

Daniela Acuña Paz-Y-Miño, Gabriel Inaraja Pérez, Mireia Rallo Romero, Alejandra Vázquez Tolosa, Iván Higuera Jaramillo, Luis Esteva Muñoz, Adela Marín Ballve
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

Objetivos: El síndrome de Cogan, una enfermedad inflamatoria autoinmune poco frecuente, se caracteriza por afectar preferentemente a los ojos, oídos y sistema circulatorio, manifestándose como vasculitis de grandes vasos. Su etiología exacta aún no se comprende completamente, y su tratamiento requiere de terapia inmunomoduladora crónica. La combinación de afectación del aparato vestibular y la vasculitis predisponen a caídas recurrentes con sus correspondientes complicaciones.

Material: Se presenta el caso de una paciente femenina de 38 años con antecedentes de Síndrome de Cogan y afectación multiorgánica, incluyendo vasculitis de grandes vasos como la aorta ascen-

dente, cayado aórtico, subclavia izquierda, aorta abdominal, estenosis de las ilíacas primitivas, flujo de robo en la arteria vertebral izquierda, robo de la arteria subclavia, pericarditis y miocarditis. La paciente está en tratamiento crónico con inmunomoduladores, tozilizumab e infliximab. Fue referida por primera vez a nuestro servicio después de sufrir un traumatismo lumbar que requirió manejo neuroquirúrgico. En la tomografía computarizada de control posoperatorio, se observó estenosis severa de la arteria ilíaca primitiva izquierda con reperfusión distal, así como engrosamiento de la pared aórtica en su trayecto, sugestivo de aortitis. Dado su estado estable, se optó por un enfoque conservador y vigilancia activa. Sin embargo, durante las visitas de seguimiento, se ha evidenciado una persistencia del proceso inflamatorio, con una leve progresión de la patología aterosclerótica en los grandes vasos. En el último control, se diagnosticó una estenosis crítica de la arteria renal izquierda, lo que motivó la propuesta de un manejo quirúrgico programado.

Metodología: La paciente fue sometida a angioplastia con balón con paclitaxel de la arteria renal izquierda por vía femoral derecha, sin complicaciones posoperatorias. Se han realizado PET-TC y angio TC, que evidencian persistencia del proceso inflamatorio con leve progresión su patología aterosclerótica.

Resultados: La arteria renal izquierda se encuentra permeable, habiendo mejorado la estenosis y aumentado la perfusión del riñón izquierdo en el tac realizado a los 3 meses de la intervención.

Conclusiones: Actualmente, la paciente permanece bajo vigilancia activa, a la espera de la estabilización de la fase inflamatoria para poder realizar el manejo endovascular del eje aortoiliaco, dado el buen resultado conseguido en la arteria renal.

PA 108. PAVE-AND-CRACK, UNA TÉCNICA ÚTIL EN EL IMPLANTE TEVAR CON EJE ILÍACO COMPLEJO

Blanca Expósito Camacho, Miguel Gutiérrez Baz, Miguel Ignacio Herrero Marco, Sandra Vicente Jiménez, Jesús Manuel Alfayate García, Ignacio Querol Cisneros, Luis de Benito Fernández
Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón, Madrid

Objetivos: El perfil de la endoprótesis y la luz del eje iliofemoral tienen una implicación directa en el éxito del tratamiento del aneurisma de aorta torácica mediante endoprótesis (TEVAR). Cuando un acceso transfemoral estándar no es factible, la creación de un endoconducto ilíaco puede ser una alternativa frente al *bypass*.

Material: Presentamos un paciente de 73 años con antecedentes destacados de isquemia crónica grado 3/6 Rutherford, cardiopatía isquémica crónica revascularizada, EPOC y fibrosis pulmonar idiopática. En angio CT para estudio pulmonar presenta aneurisma de aorta torácica descendente de 94 mm con extensa calcificación aortoiliaca-femoral y estenosis suboclusiva en el origen de ambas ilíacas primitivas. En dúplex, ondas monofásicas de baja amplitud en ambas arterias femorales.

Metodología: Se realiza endarterectomía de la bifurcación femoral con profundoplastia, y tratamiento del eje ilíaco izquierdo mediante endoprótesis balón expandible 8 × 59 mm (Gore® Viabhan® VBX) en ilíaca primitiva, y sin solaparse con la anterior, previa dilatación nominal (Armada-Abbott), endoprótesis autoexpandible 8 × 75 mm (Gore® Viabhan) desde el origen de ilíaca externa hasta parche endarterectomía. Se comprueba imposibilidad para progresar introductor 22 Fr (diámetro interno) para implante Gore CTAG. En un segundo tiempo, y desde abordaje axilar izquierdo, se realiza litotricia intravascular 8 × 60 mm (Shockwave Medical, Inc.) para posteriormente realizar angioplastia con balón de alta presión 8 mm (Athletis-Boston Scientific) en la AIE previamente tratada.

Resultados: Con el endoconducto ilíaco realizado se implantan sin introductor, a través del parche de endarterectomía, dos cuerpos de endoprótesis de 22 Fr de diámetro externo (30-30 mm y 32-32 mm,

Valiant™ Medtronic) para cubrir aorta torácica desde arteria subclavia izquierda hasta el tronco celiaco. Con la retirada del segundo cuerpo de la endoprótesis aórtica se produce un sangrado en bifurcación ilíaca, entre los *stents* recubiertos previos, requiriendo el implante de una endoprótesis balón expandible de 8 x 79 mm (Gore® Viabhan® VBX) solapada con las anteriores. Control efectivo de sangrado y angiografía final sin objetivar endofugas. Durante el seguimiento del paciente en consulta, endoprótesis aórtica normoposicionada y mejoría franca de la claudicación.

Conclusiones: La técnica *pave and crack* es un recurso eficaz para la creación de un endoconducto ilíaco en estenosis ilíacas excepcionalmente largas y calcificadas, en el tratamiento endovascular de la aorta torácica.

PA 111. PERDIDO Y ENCONTRADO. CUANDO EL CORAZÓN NO SOLO EMBOLIZA COÁGULOS

Fabricio Barahona Ulloa, Xavier Yugueros Castellnou, Daniel Gil Sala, Clara Raventós Ticó, Victoria Gamé Figuerola, Vicente Riambau Alonso
Hospital Clínic Barcelona. Barcelona

Objetivos: Los procedimientos endovasculares para colocar dispositivos cardíacos tienen una elevada tasa de éxito. Aun así, pueden aparecer complicaciones como la embolización de dichos dispositivos (0,6-0,9 %), aunque rara, puede ser muy grave. El objetivo de este trabajo es describir la técnica e instrumentos utilizados para tratar una embolización en aorta de dichos dispositivos.

Material: Presentamos un paciente de 63 años con fibrilación auricular tratado mediante cierre percutáneo de orejuela auricular izquierda utilizando un oclisor Amplatzer™ Amulet™ de 22 mm de diámetro de lóbulo anterior, 28 mm de disco posterior y 7,5 mm de ancho. Al mes de seguimiento, durante el ecocardiograma de control no se encontró el dispositivo a nivel cardíaco, por lo que se realizó un angio TC de aorta, observándolo enclavado en

aorta torácica distal. El paciente estaba completamente asintomático.

Metodología: Mediante acceso percutáneo femoral bilateral, se usaron introductores DrySeal™ de 24 F (33 mm de longitud) y 18 F (65 mm) coaxialmente en lado derecho y 12 F (65 mm) en izquierdo. Se intentó recuperarlo usando lazos endovasculares en múltiples ocasiones, sin éxito. Finalmente, se capturó el oclisor con una pinza fórceps de biopsia endoscópica digestiva de 2,8 mm de diámetro, apoyada en un catéter de 5 F (100 mm) por el acceso derecho, con control angiográfico y ecocardiografía transesofágica. El cuerpo extraño se retiró por completo vía femoral derecha.

Resultados: Durante la misma hospitalización se realizó un nuevo cierre percutáneo de la orejuela auricular usando el dispositivo Watchman FLX™ de 24 mm de diámetro sin incidentes. En los controles mensuales posteriores, el paciente permanece asintomático y con el oclisor normocolocado al ecocardiograma.

Conclusiones: El retiro de cuerpos extraños aórticos varía según la agudeza, clínica y localización. En este caso, la intervención endovascular usando adecuadamente material de otros campos médicos y con estrecho control de imagen es una aceptable opción al tratamiento quirúrgico abierto y su esperable mayor morbimortalidad.

PA 120. MANEJO DE LA INFECCIÓN DEL PIE DIABÉTICO CON DESBRIDAMIENTO ÓSEO Y CEMENTO IMPREGNADO DE GENTAMICINA

Begoña Iribar Zubiaur, Leire Ganzarain Valiente, Gabriel Rivera San Martín, Víctor Rodríguez Sáenz de Buruaga, Ioar Larrañaga Oyarzábal, María de Dios Bilbatua, Nerea Bastardo Gordejuela
Hospital Universitario Donostia. Donostia

Objetivos: Exponer una alternativa terapéutica técnica y resolutive sobre los problemas de accesibilidad y toxicidad propios de la antibioterapia

endovenosa para el manejo de la infección ósea localizada en el tarso de un pie diabético.

Material: El pie diabético representa una patología habitual en la práctica clínica diaria, que asocia una morbilidad y mortalidad devastadoras. Las opciones para el manejo de la fase aguda de la infección son diversas. El desbridamiento ósea y empleo de cemento impregnado de gentamicina, representa un procedimiento alentador con una casuística en literatura universal escasa, pero en crecimiento en la actualidad. A colación, se presenta el caso clínico de un varón de 71 años, diabético de tipo II que debuta con fiebre y celulitis en el dorso del pie izquierdo. La exploración física y el estudio mediante pruebas complementarias analíticas y radiológicas confirma la sospecha diagnóstica de infección ósea metatarso-tarsiana. En ese contexto, se desencadena una reacción inmunitaria generalizada que motiva una septicemia por *S. Pyogenes*.

Metodología: En conjunto con la unidad de enfermedades infecciosas, se decide completar 4 semanas de antibioterapia (linezolid + clindamicina + ceftriaxona) y curas dirigidas. No obstante, el paciente presenta persistencia de fiebre y una evolución funesta de las lesiones. Así pues, se decide drenaje quirúrgico del absceso y desbridamiento óseo de la base metatarsal y cuña tarsal del 1.º, 2.º, 3.º y 4.º metatarsianos junto al empleo de cemento e impregnación local con gentamicina. Asimismo, el proceso de granulación se estimula mediante terapia de presión negativa. Se cultivan muestras óseas con ausencia de crecimiento microbiano. Igualmente, se realizan 2 limpiezas quirúrgicas adicionales. Posterior al manejo médico-quirúrgico descrito, se objetiva una mejoría clínico-analítica y un curso satisfactorio de la infección sobre el pie diabético, determinándose alta domiciliaria con controles ambulatorios.

Resultados: Esta propuesta terapéutica presenta un resultado satisfactorio a los 10 meses, sin signos de infección y con la resolución de las lesiones y la recuperación de la deambulación sin apoyos.

Conclusiones: El procedimiento terapéutico descrito determina el control de la sintomatología clínico-analítica, frenando el curso tórpido de la osteomielitis y resolviendo la infección. Igualmente, permite realizar un gesto quirúrgico conservador y, por ende, con menor repercusión funcional.

PA 132. TRATAMIENTO DE ENDOFUGAS DE TIPO II POR LAPAROSCOPIA

María Álamo Rodríguez, Eliseo Candela Beltrán, Santiago Domingo del Pozo, Marta Arnáez de la Cruz, José Carlos Roselló Paredes, Manuel Miralles Hernández

Hospital Universitari i Politècnic La Fe. València

Objetivos: Presentación del tratamiento de endofugas de tipo II dependiente de arterias lumbares mediante clipaje por laparoscopia.

Material: Hombres de 87 y 72 años intervenidos de endofugas de tipo II con crecimiento del saco aneurismático.

Metodología: Detección mediante TC vascular en tres fases de endofugas tipo II dependientes de arterias lumbares. Tras valoración en sesión clínica multidisciplinar se decide realizar intervención mediante abordaje laparoscópico retroperitoneal. En intervención quirúrgica se realiza colocación de trócares umbilical, en línea intermamaria y en FII exponiendo la aorta por vía retroperitoneal e identificación de ramas lumbares pulsátiles. Clipaje con Hem-o-lok® de 1 arteria lumbar en un paciente y de 2 arterias lumbares en el otro.

Resultados: Ambos procedimientos discurren sin incidencias con unos tiempos quirúrgicos de 80 y 95 minutos. Reinician tolerancia oral a las 6 horas y son dados de alta a las 24 horas sin complicaciones. Durante el seguimiento se objetiva ausencia de eventos adversos. Se realiza control con TC vascular en tres fases a los 30 días posprocedimiento en los que no se observa presencia de endofugas ni crecimientos del saco.

Conclusiones: El tratamiento de endofugas tipo II dependiente de arterias lumbares por clipaje laparoscópico supone una cirugía mínimamente invasiva con una buena visualización de las arterias lumbares, que permiten un excelente resultado técnico y baja tasa de complicaciones.

PA 133. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE UN PSEUDOANEURISMA TRAS REPARACIÓN QUIRÚRGICA DE UNA COARTACIÓN DE AORTA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Estefanía San Ginés Bahillo, Fernando Benito Mira, Arturo Ferreiro-Mazón García-Plata, Andrés Álvarez Salgado, Marta Botas Velasco, Manuel Javier Vallina Victorero *Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón, Asturias*

Objetivos: La formación de pseudoaneurismas representa una de las posibles complicaciones a largo plazo tras la reparación quirúrgica de una coartación de aorta (CoA). Sin tratamiento asocia una elevada morbimortalidad. A su vez, la reintervención quirúrgica en estos pacientes no está exenta de complicaciones graves. Presentamos el caso de una paciente intervenida hacía 37 años de una CoA que había desarrollado un pseudoaneurisma anastomótico de 40 mm, decidiéndose un abordaje exclusivamente endovascular.

Material: Mujer de 78 años, hipertensa, anticoagulada por una AC x FA y portadora de una prótesis biológica por aorta bicúspide, intervenida a los 41 años de una CoA, realizándose un *bypass* extraanatómico con injerto de Cooley entre aorta distal a la salida de la subclavia izquierda y aorta descendente. En TC control presentaba un pseudoaneurisma 40 mm a nivel de la anastomosis distal. Asintomática.

Metodología: El procedimiento tuvo lugar bajo anestesia general y heparinización sistémica, a través de un abordaje percutáneo ecoguiado desde A Braquial izquierda y ambas A Femorales. A través de un introductor 9 Fr en femoral derecha se

cateterizó la aorta ascendente atravesando la coartación, colocándose un sistema de oclusión Amplatzer para CIA de 12 mm en la zona de máxima estenosis para evitar la posible entrada de flujo al pseudoaneurisma a través de este punto tras la colocación de la prótesis. Posteriormente, sobre una guía rígida femoro-braquial que atravesaba el *bypass*, se desplegó una endoprótesis customizada de 24 x 30 x 130 con exclusión completa del pseudoaneurisma en el aortograma final.

Resultados: Posoperatorio sin complicaciones con alta a las 48 h. El TC al mes mostraba permeabilidad de la endoprótesis, ausencia de endofugas y estabilidad en el tamaño del saco aneurismático, así como la oclusión correcta a nivel de la coartación. Paciente estable clínicamente en el seguimiento.

Conclusiones: La coartación de aorta (CoA) es una malformación congénita que precisa de tratamiento quirúrgico, cirugía abierta o endovascular, siendo necesario un seguimiento de por vida, ya que se han descrito complicaciones de elevada morbimortalidad años después de la primera intervención. El manejo endovascular de los pseudoaneurismas pos-CoA es una alternativa segura, menos cruenta y que está demostrando resultados satisfactorios a largo plazo.

PA 136. EMBOLIZACIÓN SELECTIVA SOBRE FAV MÚLTIPLES EN PACIENTE CON SÍNDROME DE PARKES WEBER. REPORTE DE CASO

F. Borja Torregrosa García, Rafael A. Lugo Gollo, Augusta María Schwartz Cuder, Rosario Virola Zamora, Guillermo Félix Núñez de Arenas Baeza, Andrés García León *Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla*

Objetivos: El síndrome de Parkes Weber (SPW) es una enfermedad vascular congénita rara. Se caracteriza por la tetrada que incluye malformaciones capilares en la piel (manchas vino de Oporto), varices, hipertrofia de tejidos blandos y óseos y

múltiples FAVs de alto flujo que pueden provocar complicaciones tales como sangrado anómalo e insuficiencia cardíaca. La dificultad radica en la decisión sobre el tratamiento más adecuado.

Material: Varón de 60 años con diagnóstico de síndrome de Parkes Weber, estuvo en seguimiento durante años en nuestra consulta y manejado con tratamiento conservador. En las últimas revisiones había tenido empeoramiento severo en la sintomatología ortostática y dolorosa. No tolera la presoterapia. En la exploración presenta discreta hipertrofia de la extremidad, dermatoesclerosis severa, tumoraciones cutáneas en tercio medio y distal de la pierna. En el eco Doppler venoso llama la atención la gran dilatación del sistema venoso profundo. En angio TC y Arteriografía de la extremidad, se objetiva múltiples FAV a lo largo de toda la extremidad, dependientes de v. femoral profunda y troncos distales. La FAV de mayor tamaño dependen del tronco principal y colaterales de la A. tibial posterior. La arteria tibial anterior es permeable hasta el antepié y tiene colaterales donde se objetivan FAV de pequeño tamaño.

Metodología: Se opta por tratamiento endovascular programado mediante embolización selectiva con implantación 1 amplatzer 8 mm x 20 cm y 1 *coil interlock* 8 mm x 20 cm con oclusión de ATP distal y 2 FAV de mayor tamaño. Implante de 2 *coils* Concerto 6 mm x 20 cm sobre colateral ATP con múltiples FAV dependientes con buen resultado angiográfico final. Realizamos anticoagulación posoperatoria durante el primer mes.

Resultados: Tras el procedimiento y seguimiento en consultas el paciente se encuentra con mejoría importante de la sintomatología ortostática y dolorosa, sin complicaciones derivadas de la técnica.

Conclusiones: El manejo de los pacientes con síndrome de Parkes Weber es ciertamente complejo y plantea serias dudas terapéuticas. El manejo conservador y control sintomático puede ser el primer escalón en el tratamiento, pero en casos con mala calidad de vida, pueden plantearse tratamientos

intervencionistas. Hay que individualizar casos y valorar riesgo-beneficio de cada uno de los procedimientos a aplicar.

PA 138. STENTING RENAL DE RESCATE ASOCIADO AL EVAR: EXPERIENCIA UNICÉNTRICA

Alba Alonso Pastor, Francisco Abril Romero, Covadonga de Dios García, Francisco Álvarez Marcos, Amer Zanabili Al-Sibbai, Manuel Alonso Pérez
Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Objetivos: Describir los resultados a medio plazo del *stenting* renal como técnica de rescate asociada a la reparación endovascular de aneurismas de aorta abdominal (EVAR).

Material: Análisis de base de datos mantenida de forma prospectiva.

Metodología: Estudio retrospectivo unicéntrico de procedimientos de rescate de arterias renales asociados a EVAR electivos (2003-2023) sin estenosis renal previa. Se analizaron características demográficas, morfometría del cuello aneurismático (diámetros, longitud, conicidad, trombo y calcio), datos de la intervención, éxito técnico, complicaciones perioperatorias, reintervenciones, función renal y mortalidad a lo largo del seguimiento.

Resultados: Se implantaron siete *stents* renales asociados a EVAR (7/7 varones, edad $72,3 \pm 6,5$ años) sobre un total de 748 EVAR (0,9 %) en el período a estudio. 2/7 (28,6 %) pacientes presentaban enfermedad renal crónica (ERC) previa a la intervención. Las endoprótesis implantadas fueron Excluder® (42,9 %, $n = 3$), Endurant II® (14,3 %, $n = 1$), Anaconda® (14,3 %, $n = 1$), E-tegra® (14,3 %, $n = 1$) y Treovance® (14,3 %, $n = 1$). 2/7 pacientes (28,6 %) se consideraron como cuello hostil (un cuello cónico y otro diámetro > 30 mm a nivel de las renales). En todos los pacientes (7/7) se empleó el *stent* Herculink Elite®. Éxito técnico del 100 %, sin complicaciones asociadas al *stent* renal y sin mor-

talidad perioperatoria. Los dos pacientes con ERC presentaron empeoramiento de su función renal (Cr $2,72 \pm 3$ mg/dL y FG $62,3 \pm 32$) una media de $17 \pm 6,4$ meses tras la intervención, y ninguno precisó terapia renal sustitutiva durante el seguimiento. La tasa de permeabilidad del *stent* renal fue del 100 % tras una mediana de seguimiento de 21 (rango 6-92) meses; no se identificó ningún caso de infarto renal en los controles por imagen. 3/7 pacientes fallecieron una media de $55,6 \pm 35,5$ meses tras el EVAR por causas no relacionadas.

Conclusiones: La necesidad de *stent* renal de rescate durante el EVAR es baja. Aunque el cuello hostil puede ser un factor predisponente, en un elevado porcentaje de casos no se asocia con dichos criterios; resultando imprescindible la adopción de medidas que permitan una liberación precisa de la endoprótesis.

PA 150. INJERTO TUBULIZADO DE PERICARDIO BOVINO PARA REPARAR ANEURISMA ILÍACO INFECCIOSO

Clara Plaza Pelayo, Andrés Salazar Álvarez, Teresa Hernández Ruiz, Ana Mayor Díaz, Verónica Morillo Jiménez, Álvaro Fernández Heredero
Hospital Universitario La Paz. Madrid

Objetivos: Los aneurismas de origen infeccioso son una patología poco frecuente, entre el 1-3 % de todos los aneurismas; normalmente por extensión de otra infección. Se han publicado casos de infecciones vasculares con empleo de xenoinjertos para la reconstrucción vascular. El uso de parche de pericardio bovino presenta alta resistencia a la infección y alta tasa de permeabilidad; siendo un buen material sustitutivo.

Material: Se presenta el caso de un varón de 65 años, diagnosticado hace 1 mes de pioderma gangrenoso en abdomen y espalda en tratamiento con corticoides, que acude a urgencias por dolor lumbar izquierdo, fiebre y limitación para la movilidad de extremidad inferior izquierda (MII). En angio TC

urgente objetivamos espondilodiscitis y colección en musculatura de psoas izquierdo con fistulización a arteria ilíaca común (AIC-I), donde presenta un aneurisma de 4,7 cm.

Metodología: Ante el diagnóstico de aneurisma ilíaco infeccioso sintomático decidimos cirugía urgente. Intraoperatoriamente, se objetiva aneurisma ilíaco izquierdo con tejido inflamatorio y material purulento en contacto con la bifurcación aórtica e ilíaca común derecha. Se decide resear el eje ilíaco izquierdo, realizar *bypass* aorto-ilíaco común derecho utilizando un injerto tubulizado de pericardio bovino y *bypass* femoro-femoral cruzado derecha-izquierda con prótesis de Dacron de plata de 8 mm. Además, se inicia antibioticoterapia de amplio espectro intravenosa orientada por el Servicio de Infecciosas con daptomicina, gentamicina y anidulafungina.

Resultados: El paciente evolucionó favorablemente, recuperando movilidad de MII. Se identificó en el tejido reseado *Escherichia coli*. Fue dado de alta al 12.º día posoperatorio con antibioticoterapia dirigida de larga duración: ceftriaxona intravenosa 4 semanas y posteriormente Ciprofloxacino oral 8 semanas. Durante el seguimiento no ha presentado nuevos síntomas o signos infecciosos y en pruebas de imagen se objetiva permeabilidad de los injertos, sin objetivarse colecciones.

Conclusiones: Los aneurismas de origen infeccioso son más prevalentes en pacientes inmunodeprimidos o con sepsis concomitante. Es una entidad con alta morbimortalidad y cuyo pronóstico empeora cuando el agente etiológico es un bacilo gran negativo; por lo que es fundamental un diagnóstico y tratamiento precoces. La tubulización de pericardio bovino puede ser una alternativa de xenoinjerto, por su resistencia a las infecciones en las reconstrucciones *in situ*.

PA 151. ANGIOLEIOMIOMA DIGITAL. A PROPÓSITO DE 2 CASOS

Lorena Romero Montaña, Laura Calsina Juscafresa, Lluís Nieto Fernández, Juan Luis Martínez Pérez, María Mascaró Óliver, Mar Abadal Jou, Albert Clarà Velasco

Hospital del Mar. Barcelona

Objetivos: Los angioleiomiomas son tumores benignos solitarios originados en el músculo liso de la capa muscular de las paredes de los vasos. Se localizan generalmente en extremidades inferiores (50-70 %), seguido de tronco y cabeza. La localización en otras áreas, especialmente extremidades superiores, es anecdótica. Su exéresis, obedece, a menudo, más a fines diagnósticos que a tratamiento sintomático. Presentamos dos casos de angioleiomiomas digitales diagnosticados y tratados el último año en nuestro centro.

Material: *Caso 1.* Varón de 28 años sin antecedentes relevantes que consulta por presentar una tumoración blanda y dolorosa en dorso de 4.º dedo de mano izquierda de 4 años de evolución que ha crecido progresivamente. En la exploración, extremidad con pulsos distales presentes y tumoración dura, móvil, ligeramente pulsátil en cara lateral de 4.º dedo de 10 mm de diámetro.

Caso 2. Mujer de 56 años con enfermedad renal crónica en hemodiálisis con tumoración en 5.º dedo de la mano derecha de 2 años de evolución. En la exploración, extremidad con pulsos distales presentes y lesión nodular dura en dorso de falange proximal de 5.º dedo, móvil y no pulsátil.

Metodología: *Caso 1.* Se realiza eco Doppler identificando tumoración sin flujo próxima a arteria interdigital. La angio TC informa de tumoración ovoide con realce en fase arterial. Se indica resección del tumor y estudio anatomopatológico que confirma el diagnóstico de angioleiomioma. El paciente presenta un posoperatorio sin complicaciones ni signos de recurrencia durante el seguimiento.

Caso 2. Se realiza eco Doppler compatible con tumor vascular y angio TC que informa de imagen nodular de 17 mm de diámetro de naturaleza vascular con realce en fase arterial. Se realiza resección del tumor y posterior estudio histológico confirmando el diagnóstico de angioleiomioma. En el se-

guimiento, la paciente no presenta complicaciones ni signos de recurrencia.

Conclusiones: El angioleiomioma es una tumoración vascular que raramente afecta a extremidades superiores (< 1 % de los tumores de partes blandas en esta localización). A pesar de ello, debe ser tomado en cuenta dentro del diagnóstico diferencial de tumores digitales. La resección es la única forma de confirmar su diagnóstico.

PA 152. SÍNDROME DE AORTA MEDIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Ana Mayor Díaz, Covadonga Mendieta Azcona, Verónica Morillo Jiménez, María José Martínez Urrutia, Pedro López Pereira, Álvaro Fernández Heredero, Elena Marín Manzano

Hospital Universitario La Paz. Madrid

Objetivos: Presentar un caso clínico sobre el diagnóstico y tratamiento de un paciente con un síndrome de aorta media.

Material: El síndrome de aorta media (SAM) es una entidad infrecuente que se caracteriza por el severo estrechamiento de la aorta abdominotorácica y de sus ramas viscerales. Es frecuente que afecte a las arterias renales, siendo la hipertensión arterial (HTA) la manifestación clínica cardinal. La mayoría de los pacientes son niños o adultos jóvenes que se debutan de manera incidental con hipertensión renovascular de difícil control. Aunque en muchas ocasiones su etiología es idiopática, este síndrome cada vez se encuentra más relacionado con otros trastornos genéticos e inflamatorios.

Metodología: Presentamos el caso de un paciente varón de 9 años con hipertensión arterial renovascular refractaria al tratamiento (nueve fármacos antihipertensivos) con repercusión orgánica (retinopatía hipertensiva e hipertrofia ventricular izquierda) por síndrome de aorta media idiopático. Presenta afectación del origen de la arteria mesentérica superior y de ambas arterias renales.

Resultados: Tras estudiar la morfología del caso concreto con las medidas arteriales y valorando las opciones de reconstrucción se decide en sesión multidisciplinar intervención quirúrgica programada mediante *bypass* de derivación protésico. Se realiza explante de riñón izquierdo y *bypass* desde aorta torácica hasta aorta abdominal con PFTE de 10 milímetros mediante toracofrenolaparotomía. Posteriormente se procede a autotrasplantar el riñón izquierdo en el eje ilíaco derecho. El paciente evoluciona favorablemente, iniciando diuresis en el posoperatorio inmediato. En los primeros meses de seguimiento se consigue control de la tensión arterial con tan solo dos fármacos con mejoría de la repercusión orgánica.

Conclusiones: El síndrome de aorta media es una entidad poco frecuente pero potencialmente grave. Es preciso un abordaje multidisciplinar e individualizado según cada paciente. Aunque existen diferentes alternativas quirúrgicas como la angioplastia con o sin *stent* o el uso de expansores aórticos, la derivación abdominotorácico protésica combinada con el autotrasplante renal emerge como la técnica con mejores resultados.

PA 157. HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE DIFÍCIL CONTROL SECUNDARIA A PATOLOGÍA AÓRTICA EN LA ADOLESCENCIA

María Sánchez-Cantalejo Ferrer, Isaac Martínez López, Manuela Hernández Mateo, Rocío Garralda Díaz de Lope Díaz, Francisco Álvarez Herrero, Luis Sánchez Hervás
Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Objetivos: El síndrome de aorta media (SAM) es una entidad poco frecuente que suele afectar a la aorta torácica/abdominal e involucrar a las arterias renales, siendo causa de HTA en niños y adolescentes. A continuación les presento un caso de HTA en la adolescencia secundario a patología aórtica tratado en nuestro centro.

Material: Niña de 13 años diagnosticada en otro centro de HTA durante un chequeo relacionado con

el calendario vacunal. Se encontraba en P99 de peso y talla para su edad. Clínicamente cefaleas intermitentes y claudicación glútea al subir pendientes. Se inició tratamiento médico y se realizaron múltiples pruebas llegando al diagnóstico de SAM por angio TAC donde se evidenciaba una estenosis de la aorta abdominal inmediatamente distal al TC haciéndose filiforme a nivel de las renales y recuperando su calibre a nivel de AMI. La función renal era normal, con creatinina 0,65 mg/dL y FG 96 ml/min. ITB 0,8 bilateral. Se decidió manejo conservador con fármacos anti-HTA y control de hábitos de vida. Tras año y medio y dada la HTA de imposible control a pesar de 6 fármacos antihipertensivos, se derivó a nuestro centro para cirugía aórtica.

Metodología: Mediante una toracofrenolaparotomía por el 9.º espacio intercostal, se realizó un *bypass* desde aorta torácica distal a aorta infrarrenal a nivel de la AMI (T-L) con prótesis de dacrón de 14 mm. Posteriormente sección y ligadura de aorta infrarrenal y *bypass* independientes para AMS y renales.

Resultados: Evolución favorable en planta, siendo dada de alta el décimo octavo día posoperatorio con TA controladas con tres fármacos, ausencia de claudicación con recuperación de pulso pedio e ITB 1 bilateral. Angio TC de control: sin complicación en *bypass* aórtico, con *bypass* renales y AMS permeables sin estenosis en anastomosis. A los 9 meses la paciente realiza una vida normal y solo toma un fármaco anti-HTA.

Conclusiones: El SAM es una entidad rara donde la cirugía abierta aórtica es la principal alternativa al tratamiento médico. Debe abordarse de forma multidisciplinar y en centros con gran experiencia de cirugía abdominotorácico.

PA 179. TÉCNICA PAI (PROXIMALIZATION OF ARTERIAL INFLOW) MODIFICADA PARA EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE HIOPERFUSIÓN DISTAL EN PACIENTES CON FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS HÚMERO-PERFORANTES DESARROLLADAS POR VENA BASÍLICA Y CEFÁLICA

Albert Castellà Durall, Emma Espinar Garcia, Begoña Gonzalo Villanueva, Elena Iborra Ortega
Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Objetivos: La proximalización del flujo arterial (*Proximalization of Arterial Inflow*, PAI en inglés) es una técnica para el tratamiento de la isquemia de miembro superior inducida por el acceso vascular, especialmente útil en aquellas fístulas con flujo normal. Se describió mediante la colocación de un injerto protésico tunelizado subcutáneo, el cual se anastomosa proximalmente a la arteria axilar y distalmente a la vena desarrollada de la fístula, ligando la anastomosis del codo previa. La técnica PAI modificada se ha descrito para FAV de codo desarrolladas tanto por basilica como por cefálica. Se realiza la anastomosis proximal entre arteria axilar y vena basilica, con posterior valvulotomía y transposición de la vena basilica, evitando así, el uso de material protésico. Nuestro objetivo es presentar dos casos en los que hemos realizado una variante de la técnica de la PAI modificada, descrita a continuación.

Material: 2 pacientes varones de 87 y 69 años, portadores de FAV nativas húmero-perforantes desarrolladas tanto por vena basilica como por cefálica y con isquemia del miembro superior grados III y IV, respectivamente.

Metodología: Se les realizó nuestra variante de la PAI modificada, con la inversión y tunelización subcutánea de la vena basilica, anastomosis proximal a la arteria axilar y distal a la vena cefálica del codo y ligadura de la anastomosis húmero-perforante previa.

Resultados: Ambas cirugías fueron técnicamente exitosas. Presentaron una recuperación inmediata del pulso distal y perfusión de la mano. Los índices dedo-brazo pasaron de 0,4 y 0,3 a 0,8 y 0,9, respectivamente. Conservaron el acceso funcional, pudiéndose puncionar a las 24 h de la cirugía. El primer paciente, con isquemia de grado III, presentó una clara disminución del dolor isquémico en el seguimiento a 30 días. El segundo presentó curación de las lesiones tróficas al mes de la intervención.

Conclusiones: La PAI modificada ha demostrado buenos resultados en el tratamiento de la isquemia inducida por el acceso vascular en pacientes con fístulas húmero-perforantes desarrolladas tanto por vena basilica como cefálica. No requiere de la utilización de material protésico, que podría conllevar más riesgo de infección y de trombosis. Además, nuestra variante técnica con inversión de la vena basilica, permite ahorrar la valvulotomía.

PA 180. HIPERTENSIÓN VASCULORRENAL SECUNDARIA A SÍNDROME DE AORTA MEDIA (SAM). TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Laura Boado Rey, Marta Fernández-Reyes Doallo, Álvaro Osorio Ruiz, Cristina Bernal Bernal, Antonio Ricardo Chinchilla Molina
Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Objetivos: Revisión del SAM a propósito de un caso.

Material: Se presenta un caso de SAM con mal control tensional a pesar de tratamiento endovascular con adecuada respuesta tras tratamiento quirúrgico. Un varón de 27 años con síndrome de Williams Beuren y diagnóstico de SAM con 1 año a raíz de una crisis hipertensiva. Con 13 años se realiza una angioplastia renal izquierda y se continúa con tratamiento anti-HTA. Con 26 años es valorado por mal control tensional con deterioro de la función renal. En el angio TC se visualiza una disminución del calibre de la aorta abdominal desde el hiato diafragmático hasta la salida de las arterias renales. Se aprecia una estenosis crítica en la arteria renal izquierda y una oclusión en el origen de la arteria renal derecha con recanalización distal. Se decide tratamiento quirúrgico mediante un *bypass* aorto-aórtico desde la aorta torácica descendente a la aorta abdominal distal y reimplante de la arteria renal izquierda.

Metodología: Se realiza una revisión bibliográfica de la literatura en relación al caso.

Resultados: El SAM es una anomalía vascular infrecuente que consiste en una estenosis de la aorta torácica distal o abdominal. Generalmente afecta a las arterias renales y viscerales. Es una causa poco común de HTA en niños y adolescentes. Cuando con el tratamiento médico o endovascular no se consigue un buen control de la HTA requiere tratamiento quirúrgico. El tratamiento del SAM depende de la severidad de la estenosis, la edad y la afectación de ramas arteriales. Las opciones terapéuticas son; antihipertensivos, tratamiento endovascular y quirúrgico. Cuando la estenosis aórtica es grave, se debe valorar tratar quirúrgicamente o endovascular. En los pacientes jóvenes parece ser más frecuente la hipertensión posterior al tratamiento endovascular que al tratamiento quirúrgico, así como la tasa de reintervención.

Conclusiones:

1. El SAM es una causa de HTA vasculorrenal en pacientes con síndrome de W-B.
2. El tratamiento médico no suele ser eficaz a medio-largo plazo.
3. La complejidad de las lesiones no siempre permite un adecuado abordaje endovascular, por lo que la cirugía abierta puede ser de elección.

PA 183. LESIÓN CAROTÍDEA SINTOMÁTICA EN PACIENTE CON SÍNDROME DE EAGLE

Laura Boado Rey, Enrique Guerrero González, Álvaro Osorio Ruiz, Cristina Bernal Bernal, Antonio Ricardo Chinchilla Molina

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Objetivos: Revisión de la forma vascular de síndrome de Eagle a propósito de un caso.

Material: El síndrome de Eagle es un patrón infrecuente de síntomas debido a una apófisis estiloides alargada o un ligamento estilohioideo calcificado. La longitud normal de la apófisis estiloides es de 20-25 mm. La prevalencia de una apófisis estiloides alargada es del 4-28 % de la población general. Entre el 4 % y 10 % son sintomáticos. La incidencia

real es aproximadamente del 0,16 %. En la mayoría el hallazgo anatómico es bilateral (93 %), aunque los síntomas suelen ser unilaterales. Entre ellos; odinofagia, sensación de cuerpo extraño, dolor al bostezar o con el giro de cabeza. También; ACVA o AIT. Presentamos un caso de lesión sintomática de la arteria carótida interna secundaria al síndrome de Eagle vascular. Se trata de un paciente varón de 79 años, exfumador, hipertenso, diabético y dislipémico que presenta un AIT. En el eco Doppler se identificó un *flap intimal* móvil en la ACI derecha. En el angio TC cerebral se identifican múltiples ictus isquémicos crónicos corticales en convexidad cerebral derecha. En la reconstrucción 3D se aprecia una apófisis estiloides derecha alargada, así como un ligamento estilohioideo calcificado izquierdo. Se programa para endarterectomía carotídea derecha y resección de estiloides.

Metodología: Se realiza una revisión bibliográfica de la literatura relacionada con el caso propuesto.

Resultados: El Síndrome de Eagle generalmente es asintomático y suele ser un hallazgo casual. La literatura más reciente muestra que la forma vascular podría ser una causa subestimada de disección carotídea. Se trata de una entidad rara, que puede pasar desapercibida si no se realiza un estudio exhaustivo y reconstrucción 3D de las imágenes del TAC. Ante un paciente con cuadros isquémicos de repetición, sin otra causa que lo justifique, puede ser de ayuda indagar en la existencia de síntomas asociados. La reparación de la lesión carotídea acompañada de la estiloidectomía se realiza para prevenir la repetición de accidentes isquémicos cerebrales, por lo que no estaría indicada en casos asintomáticos.

Conclusiones:

1. El síndrome de Eagle representa es una causa rara de ictus.
2. La reparación de la lesión carotídea y la estiloidectomía son el tratamiento de elección.
3. El hallazgo de una estiloides alargada asintomática no precisa tratamiento quirúrgico.

PA 188. CICATRIZACIÓN MEDIANTE EL USO DE MICROINJERTOS AUTÓLOGOS EN SELLO EN PIE DIABÉTICO INFECTADO GRAVE. UNA ALTERNATIVA PARA ACELERAR LA CICATRIZACIÓN. SERIE PROSPECTIVA DE 6 CASOS

Miguel Ignacio Herrero Marco, Irene Valero Luján, Blanca Expósito Camacho, Juan Pedro Sánchez Ríos, Sandra Vicente Jiménez, Luis de Benito Fernández

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón, Madrid

Objetivos: Analizar los resultados clínicos del uso de microinjertos autólogos en sello tras cirugía de salvamento de extremidad en úlceras de pie diabético con infección grave.

Material: Estudio prospectivo descriptivo, realizado desde mayo a noviembre de 2023, en el que se analizaron los resultados obtenidos en 6 casos con grandes defectos tras el drenaje y desbridamiento de infección grave en paciente diabético neuropático o neuroisquémico con revascularización asociada.

Metodología: Se incluyeron 6 pacientes tras drenaje quirúrgico por infección moderada/grave sobre PD neuropático o neuroisquémico, a los que se les realizó microinjertos autólogos en sello para epitelización y cicatrización de las mismas por defectos cutáneos de gran tamaño. Se recogieron datos sobre el grado de infección, necesidad de revascularización, tiempo medio de cicatrización completa de heridas y posibles complicaciones del injerto.

Resultados: De los 6 pacientes incluidos todos fueron hombres (100 %), 5 de ellos (83,3 %) tenían DM de tipo 2, y 1 de ellos (16,7 %) había presentado úlceras previas y había requerido de revascularización. 3 pacientes (50 %) no presentaban pulsos distales, Y el ITB no comprimía 3 pacientes y otros 3 pacientes presentaban ITB > 1. El 66,7 % (4 pacientes) ingresaron por infección grave según IDSA (Infectious Diseases Society of America). Durante el ingreso por infección, 3 pacientes (50 %) requirieron

de revascularización (abierta o endovascular). El tamaño medio de herida fue de 26 ± 16 cm². Las localizaciones injertadas fueron tras ATM (Amputación transmetatarsiana) en 4 pacientes (66,6%), 1 (16,7%) en tendón de Aquiles y 1 paciente (16,7 %) en Amputación de Chopart. La media de cicatrización completa de la herida tras el injerto fue de $2,1 \pm 1,14$ meses; tan solo 1 de los pacientes (16,7 %) requirió un nuevo injerto y se consiguió la cicatrización completa en el 100 % de los casos. No se registraron complicaciones del procedimiento.

Conclusiones: Los microinjertos autólogos en sello han demostrado ser una técnica eficaz para cicatrizar de forma rápida úlceras de gran tamaño en pie diabético. Presenta baja tasa de fracaso y reintervenciones poco frecuentes, además de ser un procedimiento seguro que puede realizarse de manera ambulatoria.

PA 189. AORTITIS TRAS ESPONDILODISCITIS DORSAL: DEBUT CON EMBOLISMOS VISCERALES

Alejandro Herrero Muñoz, Marta Fernández-Reyes Doallo, Beatriz Martínez Turégano, Álvaro Osorio Ruiz, Cristina Bernal Bernal, Antonio Ricardo Chinchilla Molina

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Objetivos: Presentar el caso de una paciente con aortitis tras cirugía de columna dorsal, que debuta con microembolismos viscerales y rotura contenida. Evaluar la seguridad del implante de endoprótesis en territorios infectados.

Material: Se presenta el caso de una mujer de 49 años con antecedente de artritis reumatoide, ingresada en UVI por sepsis en relación a espondilodiscitis, intervenida (laminectomía + flavectomía D9) y posteriormente para drenaje de absceso prevertebral en el que se aísla *Staphylococcus aureus*. Tras 2 meses de ingreso, debuta con dolor abdominal e isquemia aguda de miembro inferior izquierdo. En angio TC se evidenciaba trombosis

aórtica torácica, en relación al foco de espondilodiscitis, con embolismos en tronco celíaco y arteria mesentérica superior, y en arterias ílica común y externa izquierdas. Se realizó trombectomía de arteria mesentérica superior y transfemoral de eje ílico, satisfactorias. En TC posoperatorio se identifica dudoso contacto entre la luz aórtica y la colección. Tras antibioterapia prolongada y dirigida se realiza nuevo PET-TC, que no evidencia captación en la pared aórtica, por lo que se decide completar el tratamiento mediante implante de endoprótesis (TEVAR). Control satisfactorio en TC realizados *a posteriori*. Por patología respiratoria, así como ausencia de estabilización de la columna no subsidiaria de intervención, presentó un posoperatorio tórpido en la UVI.

Metodología: Se revisa la bibliografía referente al tema.

Resultados: La aortitis infecciosa es rara, típicamente localizada sobre pared aterosclerótica, y puede degenerar en úlcera, aneurisma micótico, disección, rotura o bacteriemias de repetición con posibilidad de embolismos sépticos. Su manejo es controvertido, dado que la terapia médica aislada tiene elevada tasa de persistencia y mortalidad. Es por ello que se puede optar por manejo combinado con cirugía.

Conclusiones: En nuestro caso la infección aórtica fue secundaria a un proceso quirúrgico de columna previo, cuya singularidad fue el debut clínico en forma de microembolismos viscerales y distales. A pesar de ser discutible el uso de procedimientos endovasculares sobre lechos infectados, dicha técnica es una opción eficaz y segura frente al alto riesgo de la cirugía convencional.

PA 193. ABORDAJE ENDOVASCULAR TOTAL DE LA DISECCIÓN DE AORTA DE TIPO B GRACIAS A LA ENDOPRÓTESIS TIPO "CASTOR"

Elisa Millán Chica, Ángel Flores Herrero
Hospital Universitario de Toledo. Toledo

Objetivos: Presentamos una serie de tres casos de disección de aorta tipo B tratados mediante TEVAR usando endoprótesis tipo Castor y técnica PETTICOAT y STABILISE.

Material: El primer paciente es un varón de 42 años fumador con hipertensión arterial no tratada que presenta un episodio de dolor centro-torácico de 24 horas de evolución. El segundo, un varón de 72 años exfumador, obeso y alcohólico que sufre un episodio de 12 horas de dolor torácico y lumbar. El tercero, un varón de 40 años con antecedente de consumo habitual de cocaína y fumador que desarrolla un dolor torácico irradiado a zona interescapular de 10 horas de evolución. En los tres casos el angio TC realizado en urgencias muestra una disección de aorta tipo B con *flap intimal* que se inicia inmediatamente posterior a la salida de la ASI. En el primer caso la disección se extiende hasta la bifurcación ílica mientras que en los siguientes alcanza las arterias ílicas externas.

Metodología: Los pacientes fueron intervenidos en fase subaguda mediante técnicas TEVAR, PETTICOAT y STABILISE usando endoprótesis tipo Castor y Stent libre Zenith de Cook. Se realizó evaluación intraoperatoria pre- y posimplantación de endoprótesis mediante ultrasonido intravascular (IVUS).

Resultados: Tanto la angiografía e IVUS de control intraoperatoria como los angio TC posquirúrgicos muestran una correcta aposición de las endoprótesis con permeabilidad de la ASI sin datos de *endoleak*. Ningún paciente sufrió isquemia de extremidad superior izquierda.

Conclusiones: La endoprótesis tipo Castor ofrece un tratamiento completamente endovascular de la disección tipo B con compromiso del área proximal a la ASI preservando su permeabilidad sin necesidad de recurrir a la cirugía abierta convencional reduciendo así los riesgos y complicaciones que esta implica.

PA 194. EXPERIENCIA DE PATOLOGÍA VASCULAR EN MENORES 18 AÑOS

Francisco Abril Ramiro, Carmen González Canga, Covadonga de Dios García, Francisco Álvarez Marcos, Amer Zanabali Al-Sibbai, Manuel Alonso Pérez
Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Objetivos: Describir las características y resultados de la atención a pacientes menores de edad en un servicio de Cirugía Vascular de referencia.

Material: Pacientes de 0-18 años recogidos de la base de datos general del centro (período 2017-2023). Seguimiento protocolizado según patología y derivación a centros de referencia en caso de requerirlo.

Metodología: Análisis descriptivo de características basales, motivo de consulta, indicación de cirugía y resultados.

Resultados: Se atendió un total de 131 pacientes (edad media $13,8 \pm 4$ años, 63 % sexo femenino) en el período de estudio. Solo un 15 % presentaban alguna comorbilidad. Un 95,4 % de los casos ($n = 125$) fue atendido en consulta y un 4,6 % ($n = 6$) de forma urgente. Los principales motivos de valoración fueron insuficiencia venosa crónica (IVC) (23,8 %), malformaciones arteriovenosas (MAV) (20,6 %) y síndrome de Raynaud (19,0 %). Se indicó cirugía en un 17,6 % de casos atendidos en consulta, siendo las más frecuentes: retiradas de reservorio, resecciones de MAV y cirugía de varices; seis pacientes se derivaron a centros de referencia, todos ellos por MAV. De los seis pacientes (4,6 %) valorados de manera urgente, cuatro precisaron cirugía emergente, todos ellos por traumatismo arterial (edad media $11,2 \pm 3$ años). Se realizaron dos *bypass* en miembro inferior, uno en miembro superior y una trombectomía + cierre con parche en miembro superior, todos ellos con material autólogo, en 3 niños y 1 niña. De forma urgente diferida se trató una disección aórtica compleja espontánea durante un entrenamiento de fuerza (TEVAR en primer tiempo y sustitución de aorta visceral con reimplante en pastilla a posteriori) y un atrapa-

miento poplíteo. Todas las reparaciones anteriores se mantuvieron permeables tras una mediana de seguimiento de 4 ± 12 meses, a excepción de un *bypass* en miembro inferior, trombosado al 3 mes de seguimiento y con el paciente asintomático ya en edad adulta.

Conclusiones: La atención vascular en consulta a menores de edad se realiza mayoritariamente por IVC, MAV o sospecha de síndrome de Raynaud. La causa más frecuente de intervención urgente es el traumatismo arterial, siendo más frecuente en varones. Un porcentaje significativo de casos, tanto en la atención en consulta como urgente, se debe a patologías poco comunes que suponen un reto terapéutico.

PA 200. LINFANGIOMA QUÍSTICO LATERO-CERVICAL TRATADO CON SIROLIMUS

Nerea Bastardo Gordejuela, Coro Aranzábal Urrutia, Begoña Iríbar Zubiaur, María de Dios Bilbatua, Ainitze Ugartemendia Iturrizar, Cristina Agirre Rodríguez, Leire Ganzarain Valiente
Hospital Universitario Donostia. Donostia

Objetivos: Presentar el resultado del manejo con sirolimus en un caso de recidiva de linfangioma quístico laterocervical.

Material: Varón de 14 años con linfangioma quístico laterocervical, intervenido quirúrgicamente a los 2 años de edad y sometido a técnicas de esclerosis con Tissucol. Tras 12 años de estabilidad es derivado por crecimiento asintomático de la tumoración confirmando las siguientes dimensiones en la RNM: diámetro máximo craneocaudal (CC) de 10 cm, transverso (T) de 8,7 cm y anteroposterior (AP) de 6,2 cm, extendiéndose medialmente hacia la pared faríngea posterior, sin componente retroesofágico. Tras valorar caso con Medicina Interna, se decide tratamiento con esclerosis. A los 6 meses se realiza RNM de control objetivándose importante reducción del tamaño ($6,2 \times 8,4 \times 6,5$ cm frente a $6,2 \times 8,7 \times 10$ cm AP \times T \times CC) sobre todo del com-

ponente retrofaríngeo, sin ejercer efecto compresivo significativo sobre la pared faríngea posterior. Metodología: Durante el seguimiento se adelanta cita de forma urgente por aparición de disfagia y odinofagia, sin disnea ni tampoco signos infecciosos asociados a crecimiento agudo. Tras descartar proceso infeccioso siendo la inflamación/hemorragia la causa más probable se inicia pauta de corticoide a dosis 30 mg / 24 h durante dos semanas, con posteriormente pauta descendente y mejoría clínica. Se realiza nuevamente RNM objetivándose aumento de volumen (7,5 × 8 × 10,5 cm AP × LL × CC) y en sentido medial muestra un componente quístico retrofaríngeo que atraviesa línea media, que impronta sobre la pared posterior orofaríngea obliterando su luz en alrededor de 50 %. Dada la inflamación posoperatoria que genera la esclerosis

y el riesgo de comprometer la vía aérea se decide iniciar tratamiento con sirólimus 3 mg / 24 h como primera alternativa.

Resultados: Se realiza seguimiento trimestral con analíticas de control para la valoración de la función renal y hepática. Se objetiva mejoría franca con desaparición del componente retroesofágico y reducción de la masa en general. Se objetiva as-tenia como único efecto adverso, causa de abandono de tratamiento por actividad deportiva del paciente. Tras 5 meses sin tratamiento se mantiene estable.

Conclusiones: El sirólimus es una opción de tratamiento en malformaciones linfáticas sintomáticas no respondedoras a terapias estándar.



E-POSTERS

P 6. SARCOMA DE AORTA: REVISIÓN SISTEMÁTICA A PROPÓSITO DE UN CASO

Rubén Castilla Salar, Ania Irlly García Gutiérrez, Fausto René Romero Sarmiento, Yolanda Tapia López, José Antonio González Fajardo, Lucía de Jorge Huerta, Raquel Díaz Simón
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Objetivos: Describir los diferentes tipos de sarcoma a nivel de la aorta; así como su expresión clínica, diagnóstico y manejo terapéutico.

Material: Búsqueda bibliográfica de artículos y estudios relacionados con los sarcomas que afectan a la aorta en los últimos 25 años.

Metodología: Revisión sistemática de los sarcomas de aorta a raíz de un caso objetivado en nuestro centro.

Resultados: Describimos un caso de sarcoma de aorta en un varón de 83 años con clínica de inapetencia y pérdida ponderal de 12 kilogramos en los últimos 3 meses. En pruebas de imagen se objetiva un defecto de repleción irregular en aorta torácica descendente distal y en origen de arteria mesentérica superior, ocasionando trastornos de la perfusión de las asas intestinales. Se realiza trombectomía de arteria mesentérica superior y, como complicación, en el posoperatorio presenta isquemia arterial aguda de miembros inferiores que requiere trombectomía transpoplítea bilateral. Finalmente, el paciente fallece tras un deterioro clínico progresivo en la Unidad de Reanimación. A nivel de anatomía patológica, se objetiva un sarcoma intimal de aorta.

Conclusiones: Los sarcomas aórticos son tumores devastadores con características clínicas distintas a los sarcomas de otras localizaciones. Aunque el pronóstico generalmente es malo, se ha descrito super-

vivencia a largo plazo, por lo que debe considerarse un tratamiento agresivo con resección quirúrgica y terapia adyuvante en pacientes que sean aptos para ello. Iniciar anticoagulación profiláctica es importante dadas las altas tasas de embolia descritas.

P 10. TRATAMIENTO EMERGENTE DE SANGRADOS ARTERIALES ACTIVOS MEDIANTE MICROEMBOLIZACIÓN SELECTIVA

Mar Palao Bertrán, Mauricio Ramírez Montoya, Seline Matus Orellano, Odile Yarnoz Ruiz, Ariadna Díez Sans, Benet Gómez Moya
Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona

Objetivos: La microembolización selectiva se presenta como una alternativa con bajo nivel de morbilidad y alta efectividad para el control de sangrados arteriales activos de ramas de difícil control mediante cirugía abierta. Presentamos 2 casos clínicos de sangrado de segmentos arteriales distales tratados con microcoils.

Material: Se realizó arteriografía selectiva y embolización con microcoils de liberación controlada de rama aferente al punto de sangrado, y en de considerar necesario, embolizar la rama eferente para perfusión retrógrada al lecho de sangrado.

Metodología: *Caso 1.* Hombre de 20 años con leucemia aguda asociada a coagulopatía. Presenta hematoma perrrenal izquierdo espontáneo (angio TC: 88 x 78 x 136 mm) con signos de sangrado activo, asociado a anemia significativa: Hgb: 6,4; plaquetas: 23 000, INR: 1,3, Cr: 2,54. Se inicia transfusión de concentrados hemáticos y plaquetas. Mediante punción femoral derecha, introductor 4F y cateterización supraselectiva telescópica de arterias segmentarias mediales renales izquierdas con catéter Rebar 18 a través de catéter Cobra 4F. Iden-

tificación de zona sugestiva de sangrado activo y embolización con microcoils Optima (2 mm × 4 cm, 2 mm × 6 cm y 3 mm × 8 cm).

Caso 2. Mujer de 38 años con hematoma pectoral izquierdo dependiente de rama de arteria torácica lateral, tras biopsia axilar, con signos de sangrado activo en angio TC. Anemización con Hgb: 11,4. Se realiza punción humeral. Introductor 4F. Cate-terización selectiva de arteria torácica lateral con microcatéter Progreat a través de vertebral de 4F. Embolización selectiva con microcoils (Azur 3 mm × 5 cm + Tornado 6 mm × 2 cm).

Resultados: Se consiguió en ambos casos control del sangrado, sin recidiva del mismo con correcta evolución hemodinámica y clínica. No se presentó isquemia clínicamente significativa de los territorios embolizados.

Conclusiones: La embolización selectiva es una herramienta eficaz y segura para el paciente, con baja incidencia de complicaciones. Tiene la ventaja de preservar mayor territorio de perfusión del órgano diana.

P 34. COMPLICACIÓN ARTERIAL TRAS CATETERIZACIÓN VENOSA YUGULAR. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Ana Mayor Díaz, Teresa Hernández Ruiz, Andrés Salazar Álvarez, Covadonga Mendieta Azcona, Marta Gutiérrez Nistal, Álvaro Fernández Heredero
Hospital Universitario La Paz. Madrid

Objetivos: Presentar dos complicaciones arteriales tras cateterización venosa yugular.

Material: La cateterización venosa yugular es un procedimiento invasivo y seguro. Sin embargo, no está exento de complicaciones. La punción inadvertida de las arterias carótida o subclavia ocurre hasta en el 8,4 % de los intentos.

Metodología: El primer caso trata sobre una mujer de 28 que tras un intento fallido de cateterización

venosa yugular para diálisis, comienza con intenso dolor y hematoma en región cervical derecha sin signos de compresión de la vía aérea con *thrill* positivo y soplo audible a la auscultación. En las pruebas de imagen se objetiva una posible comunicación anómala entre la vena yugular interna derecha y el origen de la arteria subclavia derecha sugestiva de fístula arteriovenosa (FAV) yúgulo-subclavia con permeabilidad de los troncos supraaórticos. El segundo caso, es un varón de 31 años candidato a trasplante renal que durante la cateterización venosa yugular en quirófano, comienza con sangrado arterial activo dependiente de la arteria carótida común derecha y hematoma progresivo en dicha localización que desplaza la vía aérea.

Resultados: En ambos casos se decide intervención quirúrgica urgente. En el primero, se intenta mediante acceso transhumeral derecho, cierre endoluminal de comunicación con un catéter balón situado en el origen de la arteria subclavia derecha, sin éxito. Tras ello, se realiza en conjunto con cirugía cardíaca abordaje abierto mediante esternotomía, visualizando punto exacto de comunicación en el origen de la arteria carótida común derecha y se realiza cierre directo. En el segundo caso, se realiza disección y control de la arteria carótida común derecha, visualizando punto de sangrado arterial activo que se repara directamente. Ambos evolucionan favorablemente, siendo dados de alta por nuestro servicio al tercer día de la intervención.

Conclusiones: Las complicaciones arteriales tras la cateterización venosa yugular son una entidad poco frecuente pero potencialmente grave. El tratamiento quirúrgico urgente es la primera opción, siempre individualizando según el paciente.

P 39. RESOLUCIÓN DE LA ENDOFUGA DE TIPO IA MEDIANTE BANDING AÓRTICO

Noelia Elías Montero, Pedro Airam Betancor Heredia, Juan Carlos Durán Consoli, Isaura Elena Rodríguez Santana
Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria

Introducción: La reparación endovascular está establecida para los Aneurismas de Aorta abdominal (AAA). Muchos AAA con cuello anatómicamente desfavorable son tratados mediante técnicas endovasculares. Como consecuencia, un deficiente sellado de la zona proximal puede resultar en una endofuga tipo IA y ocasionar el crecimiento o ruptura del aneurisma requiriendo por tanto una nueva intervención.

Objetivo: El objetivo de nuestro caso es exponer la resolución de la endofuga tipo IA con *banding* aórtico como una técnica segura a tener en cuenta ante el fracaso del tratamiento endovascular.

Material: Paciente mujer de 67 años con aneurisma de aorta abdominal de 5,1 cm (con rápido crecimiento en relación a los controles previos) con cuello proximal ateromatoso con placas calcificadas y trombo mural ulcerado e irregular.

Metodología: Dada la morfología “desfavorable” del cuello para el tratamiento endovascular, decidimos tratamiento primario con endoprótesis aortobiilíaca (OVATION) en 2021. TAC de control: endofuga tipo IA y endofuga tipo II dependiente de reentrada por Arteria mesentérica inferior (AMI) con crecimiento del saco aneurismático (5,2 cm). Descartamos explante de la Ovation dado su robusto sistema de fijación proximal, lo que supondría un alto riesgo quirúrgico. Reintervención: implante de *stent* Begraft y Andrastent con buen resultado primario. TAC de control: persistencia de endofuga tipo IA más endofuga tipo II por reentrada por AMI, con crecimiento del saco (5,24 cm). Cirugía abierta: *banding* de aorta abdominal con dacrón de 8 mm por debajo de ambas renales, más ligadura de la AMI.

Resultados: La paciente fue dada de alta a los 6 días del tratamiento satisfactorio de ambas endofugas. El TAC de control no reveló endofugas, así como estabilidad del saco aneurismático.

Conclusiones: Actualmente el tratamiento de la endofuga tipo IA mediante técnicas endovasculares se posiciona como primera opción terapéutica. Tras el fallo de las mismas, una opción es el explante de la

endoprótesis, lo que supone una mayor morbilidad y mortalidad. Nuestro caso expone la efectividad del tratamiento de la endofuga tipo IA mediante *banding* de Aorta, con preservación completa de la endoprótesis, como una opción menos invasiva de tratamiento definitivo en comparación con el explante de la misma.

P 41. EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO ENDOVASCULAR DIAGNOSTICADO DE FORMA INCIDENTAL

Boris Apolo Bernal Andrade, Beatriz García Fresnillo, Caridad Morata Barrado, Andrés Recover Palenzona, Mercedes Guerra Requena
Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara

Objetivos: Con el crecimiento de las técnicas mínimamente invasivas y el uso de dispositivos endovasculares no es infrecuente la migración intravascular de dicho material, con riesgo de trombosis o de infección. La retirada percutánea de un cuerpo extraño (CE) intravascular es un procedimiento que puede evitar cirugía mayor en gran número de casos. Presentamos el caso de un CE ubicado desde aurícula derecha a vena íliaca interna derecha que fue extraído de manera endovascular con técnica de lazo.

Material: Varón de 64 años con antecedentes de: diabetes, hipertensión, obesidad, dislipemia, insuficiencia cardíaca congestiva, adenocarcinoma de próstata. Ingreso en UCI en otro centro en enero de 2023 por infección necrotizante de partes blandas en hemiabdomen derecho con reingreso en marzo del mismo año por el mismo motivo, con posterior resolución. En el TAC de octubre de 2023 realizado para estudio de extensión de cáncer de próstata observan cuerpo extraño intravenoso hiperdenso lineal que se extiende desde aurícula derecha por vena cava inferior hasta vena íliaca interna derecha, concordante con guía de catéter venoso central. Se solicita valoración por nuestro servicio, decidiéndose extracción quirúrgica.

Metodología: *Intervención:* anestesia general. Punción ecoguiada percutánea de vena femoral derecha, cateterización de eje venoso y progresión de introductor deflectable TourGuide®(Medtronic) 6,5 Fr 45 cm extrayendo extremo distal del CE a nivel de vena ílica interna utilizando conformación en curva. Posteriormente se captura con lazo (20 mm / 120 cm Snare-Kit® [Amplatz]). Al aplicar tensión para la extracción presenta desestructuración, requiriendo progresar otro lazo en paralelo para capturar el extremo proximal, que se encuentra ya fuera de cavidades cardíacas a nivel de vena cava inferior, consiguiéndose así la retirada.

Resultados: Se extrae guía de vía central desestructurada con recubrimiento extendido por lo que tiene calibre de un hilo metálico de 191 cm. En ecografía de control se comprueba permeabilidad de vena femoral.

Conclusiones: La extracción de un CE intravascular se puede realizar de forma segura mediante procedimientos endovasculares a pesar del tiempo de permanencia en los vasos. Será necesario conocer y emplear las técnicas de recurso y dispositivos adecuados según el tipo y la naturaleza del CE.

P 50. CASO CLÍNICO: REPARACIÓN ENDOVASCULAR DE ANEURISMAS HIPOGÁSTRICOS BILATERALES CON LIMITACIONES ANATÓMICAS

Sandra García Portillo, Juan Carlos Fletes Lacayo, Carlos de la Infiesta García, Jónatan Vázquez Vázquez, Irene Leal Chavarría, Marta Ballesteros Pomar *Hospital Universitario de León. León*

Objetivos: Describir el tratamiento endovascular en aneurismas hipogástricos bilaterales en un caso con factores anatómicos limitantes.

Material: Paciente de 83 años, con antecedentes de fibrilación auricular, leucemia promielocítica y disfunción ventricular leve. Hallazgo casual en angio TC de aneurismas de ambas arterias ílicas in-

ternas, de 38 mm el derecho, y 51 mm el izquierdo, y aneurisma aórtico abdominal (AAA) de 40 mm, sin asociarse dilatación aneurismática de arterias ílicas comunes.

Metodología: Se indica tratamiento endovascular de reparación de aneurismas hipogástricos bilaterales y AAA asociado. Por limitaciones anatómicas, diámetros normales no aneurismáticos de a. ílicas comunes, y escasa longitud de a. ílica común derecha, no es factible técnicamente un procedimiento de dispositivo de rama ílica (*iliac branch device*) con objeto de preservar flujo hipogástrico. La estrategia endovascular planteada es en una primera etapa, tratamiento endovascular de aneurisma hipogástrico izquierdo mediante embolización de saco aneurismático, e implante de extensión ílica (Endurant, ETLW 16 13 93) desde a. ílica común a externa. En una segunda etapa, tratamiento endovascular de aneurisma hipogástrico derecho, mediante técnica sándwich a a. ílica externa e interna y EVAR.

Resultados: Clínicamente asintomático salvo leve claudicación glútea izquierda en seguimiento en consultas externas. En angio TC control (3 meses): exclusión de ambos aneurismas hipogástricos, sin crecimiento de saco. Endofuga de tipo 2 a nivel aórtico dependiente de arterias lumbares. Permeabilidad de técnica sándwich sin imágenes de endofuga a nivel hipogástrico.

Conclusiones: Los aneurismas hipogástricos constituyen una entidad excepcional. Se presentan en conjunción con aneurismas aortoílicos, con una incidencia del 5 % en asociación a AAA, y del 29 % a aneurismas ílicos. La necesidad de preservar el flujo a nivel de al menos una a. ílica interna, para prevenir complicaciones de isquemia pélvica, limita sus opciones terapéuticas. La técnica sándwich representa una técnica de recurso con buenos resultados cuando un dispositivo de rama ílica no es factible por limitaciones anatómicas.

P 75. BANDING ILÍACO COMO TÉCNICA DE RECURSO EN EL TRATAMIENTO DE ENDOFUGAS TIPO IB. A PROPÓSITO DE UN CASO

Marta González Fernandes, Rodrigo Fernández González, Sabrina Alejandra Morcillo Gelstein, David Alejandro Vargas Larriva, José Raúl García Casas *Hospital Montecelo. Pontevedra*

Objetivos: Se presenta el caso de un varón de 75 años, hipertenso, dislipémico, con fibrilación auricular y diversas intervenciones quirúrgicas por cáncer de colón. Por enfermedad polianeurismática se realiza sustitución de aorta ascendente por tubo de dacrón y BEVAR con 4 ramas aortounoiliaco y *bypass* cruzado femoral. Debido a una endofuga tipo Ib se realiza extensión a arteria ilíaca externa e interna derechas según la técnica "ojo de tigre".

Material: Acude a urgencias por dolor lumbar intenso y persistente de 5 días de evolución. A la exploración física se encontraba hemodinámicamente estable, con abdomen doloroso a la palpación y pulsos conservados a todos los niveles. Se realiza TAC donde se evidencia una endofuga de alto flujo con crecimiento significativo de saco aneurismático y signos de ruptura aórtica inminente.

Metodología: Se realiza de manera urgente arteriografía donde se descarta una endofuga tipo III. Posteriormente se realiza mediante un abordaje retroperitoneal derecho *banding* de arteria ilíaca común proximal con dacrón no anillado 7 mm con sutura prolene 3/0. Se realiza también *banding* de arteria hipogástrica derecha con ligadura de seda 0.

Resultados: En TAC de control a las 24 horas se evidencia la resolución de la endofuga Ib y de la clínica de dolor lumbar.

Conclusiones: Las endofugas tipo Ib se deben a la presencia de flujo sanguíneo en la zona de anclaje distal. Se deben reparar de manera precoz debido al alto riesgo de ruptura del saco aneurismático. Las endofugas tipo Ib se suelen tratar mediante técnicas endovasculares con extensiones ilíacas distales.

En este caso, al no ser posible una extensión distal, se utilizó el *banding* ilíaco como técnica de recurso. Aunque en la literatura la técnica del *banding* se utilice con más frecuencia para el tratamiento de endofugas tipo la cuando no se puede reparar mediante técnicas endovasculares, el *banding* ilíaco resultó ser una técnica segura y eficaz en este caso para la resolución de la endofuga Ib.

P 76. NUESTRA PRIMERA EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DEL ANEURISMA ABDOMINOTORÁCICO MEDIANTE CIRUGÍA ABIERTA: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Young Woon Ki Yoo, Daniel Padrol Bages, José Ignacio Sáez de Ibarra Sánchez, Roger Puigmacià Minguell, Agustín Mínguez Bautista, Pascual Lozano Vilardell *Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca*

Objetivos: Exponer nuestra primera experiencia en el tratamiento del aneurisma abdominotorácico mediante cirugía abierta.

Material: Presentamos dos casos tratados mediante cirugía abierta en colaboración con el servicio de cirugía cardíaca.

Metodología: Revisión retrospectiva de datos clínicos y radiológicos del paciente.

Resultados: *Caso 1.* Mujer, 66 años, trasladada por aneurisma abdominotorácico sintomático de 85mm tipo I con dolor en fosa renal derecha. En TAC, se objetivan hematoma mediastínico y hemotórax derecho sugestivos de rotura contenida. *Caso 2.* Varón, 45 años, antecedente de disección aórtica tipo A intervenida y aneurisma abdominotorácico tipo II secundario a disección tipo B crónica en seguimiento. Traslado por dolor epigástrico con hallazgo de crecimiento rápido del saco de 50 mm a 62mm aproximadamente en 3 meses y derrame pleural bilateral. Al tratarse de pacientes jóvenes con el aneurisma sintomático y elevado riesgo de rotura inminente, se decidió realizar sustitución de

aorta abdominotorácico abierta de carácter urgencia diferida por ser el tratamiento *gold standard*, así como para evitar el tiempo de demora en la llegada de las endoprótesis. En ambos casos, se realizó la intervención en colaboración con cirugía cardíaca con circulación extracorpórea parcial en hipotermia leve de 33°. Reimplante de intercostales y ramas viscerales con previa perfusión con sangre y custodiol en las renales. No incidencias mayores en el perioperatorio. Duración de la intervención aproximadamente 525 minutos en ambos casos. *En el caso 1:* ingreso en UCI 11 días. Extubación a los 5 días. No hubo clínica de isquemia medular, ictus o infarto. Fracaso renal agudo que se recuperó con diuréticos. Ingreso hospitalario: 20 días. Tiempo de seguimiento: 60 días. Quilotórax en hemitórax derecho durante el seguimiento.

En el caso 2: ingreso en UCI 11 días. Extubación a las 15 horas. No hubo clínica de isquemia medular, ictus, infarto o fracaso renal agudo. Episodio de FA rápida aislada. Ingreso hospitalario: 21 días. Tiempo de seguimiento: 35 días.

Conclusiones: La cirugía abdominotorácico abierta es una intervención compleja con alta morbilidad; no obstante, es una alternativa terapéutica factible con el manejo multidisciplinar en los casos bien seleccionados cuando la opción endovascular no es posible.

P 81. CREACIÓN DE ACCESO VASCULAR PARA HEMODIÁLISIS EN PACIENTE CON ESTENOSIS DEL ARCO DE LA VENA CEFÁLICA

Bruno Caramuto Ryser, Rolando Báez de la Rosa, Elena Gallego Romero, Jesús Calviño Varela, Lucía López Carreira, Eva Pérez Carballo
Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo

Objetivos: La estenosis del arco de la vena cefálica (EAVC) se define como la afectación de dicha vena en la angulación final previa a su abocamiento en la vena axilar del miembro superior y es la localización más frecuente de estenosis en fístulas arteriovenosas (FAV) braquiales disfuncionantes.

Presentamos el caso de un paciente con FAV disfuncionante y pseudoaneurismas braquiales que es sometido a reparación quirúrgica.

Material y metodología: *Caso clínico:* varón de 59 años con hipertensión arterial, anemia nefrogénica y enfermedad renal crónica con fracaso de trasplante renal y en hemodiálisis mediante FAV radiocefálica distal derecha en los últimos 7 años, con intento infructuoso de angioplastia por disfunción de la misma. Presenta dolor, una marcada tortuosidad de la vena cefálica (VC) y tres pseudoaneurismas. En flebograftías posteriores no se advierten estenosis susceptibles de reparación endovascular ni datos de aumento de presión venosa central y en eco Doppler se identifica estrechamiento de la VC previo a desembocadura en vena axilar. Con la sospecha de EAVC se realiza el cierre de la FAV previa, resección de pseudoaneurismas, nueva FAV radiocefálica proximal en antebrazo y translocación de VC del brazo e interposición de la misma término-terminal a VC de antebrazo y término-lateral a vena basilica de brazo.

Resultados: La FAV se mantiene permeable luego de 36 meses y el paciente no refiere dolor asociado. Solo precisó angioplastia simple a nivel de la anastomosis cefálico-basilica término-terminal en el tercio superior del brazo.

Conclusiones:

1. La preservación del capital venoso en pacientes sometidos a hemodiálisis es fundamental.
2. La arteria radial proximal es una alternativa a tener en cuenta para el *inflow* en FAV a nivel del codo.
3. La reparación quirúrgica de la EAVC debe considerarse tras intento fallido de reparación endovascular.

P 83. SALVAMENTO DE BRAZO CATASTRÓFICO TRAS HERIDA POR ARMA DE FUEGO

Lucía Sánchez Molina, Óliver Bonnelly González, Julián David Flórez García, Carola Rubio Taboada,

Paula Velasco Hernández, Javier Antonio Maya González
 Hospital Clínico Universitario de Salamanca.
 Salamanca

Objetivos: Se considera brazo catastrófico a una extremidad superior con al menos tres de los cuatro componentes funcionales afectados. La escala MESS (*mangled extremity severity score*) es el sistema de puntuación más utilizado para clasificar el grado de lesión. Esta escala no es útil para predecir el rescate del miembro, pero sí para la valoración de su pérdida. Presentamos un caso de traumatismo vascular por arma de fuego.

Material: Varón de 49 años, hipertenso, derivado tras presentar lesión por disparo de escopeta en miembro superior derecho (MSD). A la exploración inicial, herida sin sangrado activo, con afectación importante de partes blandas, disminución de temperatura, sin pulsos palpables, ni señal Doppler distal. Sensibilidad y movilidad no valorable. Se realiza análisis mediante escala MESS con resultado de 9.

Metodología: Se realiza intervención quirúrgica urgente mediante injerto húmero-humeral de vena safena interna de miembro inferior izquierdo tras comprobar sección completa de arteria humeral. Ligadura de vena humeral y basílica; persistiendo indemne vena cefálica. Posteriormente, por el servicio de Cirugía Plástica se realiza evaluación de daño de partes blandas. Presenta pérdida de sustancia del nervio mediano con parálisis asociada. Además, precisó cobertura con colgajo regional por necrosis cutánea.

Resultados: Posoperatorio inmediato sin complicaciones en la revascularización manteniendo pulso radial y señal cubital y palmar en MSD. Al alta fue derivado a unidad de referencia de plexo braquial para continuar con reconstrucción, precisando tres cirugías de transferencia nerviosa y tendinosa. Actualmente, tres años después, presenta secuelas funcionales del nervio mediano con limitación para la pinza fina; pero refiere un grado de satisfacción alto.

Conclusiones: La escala MESS como un predictor de pérdida de extremidad resulta más permisiva a nivel de extremidades superiores y es difícil estimar la probabilidad de que una lesión en extremidad superior provoque su pérdida. Para el salvamento en brazo catastrófico es necesaria una valoración clínica individual y un abordaje multidisciplinar para la evaluación de las diferentes estructuras.

P 85. REPARACIÓN QUIRÚRGICA DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINOTORÁCICA EN PACIENTE CON SÍNDROME DE LOEYS-DIETZ

Bruno Caramuto Ryser¹, Rolando Báez de la Rosa¹, Elena Gallego Romero¹, Cristina Serrallé Mallo¹, Adrián Muínelo Paul², Carlos Velasco García²
¹Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo.
²Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.
 A Coruña

Objetivos: El síndrome de Loays-Dietz (SLD) es una colagenopatía rara que se asocia a disección aórtica y aneurismas agresivos de aorta torácica y abdominal. Presentamos el caso de un paciente SLD con aneurisma abdominotorácico y disección crónica tipo B que es sometido a cirugía abierta programada.

Material y metodología: *Caso clínico.* Varón de 50 años, fumador, hipertenso, obeso (*bypass* gástrico en 2006), Flutter ablacionado y síndrome de Loays-Dietz con antecedente de aneurisma de aorta ascendente y disección aguda tipo B por el que precisó cirugías recientes: valvuloplastia aórtica, sustitución de aorta ascendente y arco con reimplante de troncos supraaórticos, transposición carótido-subclavia izquierda. En TC abdominotorácico de control se identifica aumento de tamaño de aneurisma disecante de la aorta abdominotorácico de 68 mm y persistencia de disección tipo B. Se realiza con carácter electivo la sustitución de aorta abdominotorácico mediante interposición de prótesis Coselli 30 mm con reimplante de troncos viscerales y renales sin incidencias intraoperatorias de relevancia.

Resultados: En controles posteriores la revascularización se mantiene permeable. No obstante, el paciente desarrolla múltiples complicaciones, entre las que destacan: infección periprotésica aórtica, *shock* hipovolémico-hemorrágico, insuficiencia renal aguda, insuficiencia respiratoria multifactorial y colitis isquémica con carcinoma de colon de novo. Se decide limitación de esfuerzo terapéutico y es *exitus* al 56.º día posoperatorio.

Conclusiones:

1. De acuerdo con la literatura, la afectación aórtica en el SLD es una de las características más frecuentes en estos pacientes.
2. Al ser una entidad poco frecuente y debido a la naturaleza agresiva de la enfermedad arterial, el SLD es un trastorno muy grave que debe ser tratado en centros especializados.

P 86. ECMO VENOVENOSO: EL ENEMIGO OCULTO DEL ARCO AÓRTICO

Lucía Sánchez Molina, Óliver Bonnelly González, Julián David Flórez García, Xavier Patricio Jácome Tapia, Paula Velasco Hernández, José Antonio Carnicero Martínez

*Hospital Clínico Universitario de Salamanca.
Salamanca*

Objetivos: La punción arterial yatrogénica se observa entre el 3,7-12 % de los procedimientos de acceso venoso pese a su implantación radiodirigida. Los dispositivos de gran calibre, como ECMO venovenoso (ECVV), asocian riesgo de hemorragia grave que requiere reparación. En su tratamiento, el abordaje endovascular presenta una menor morbimortalidad y riesgo de complicaciones. Presentamos un caso de tratamiento endovascular tras canalización por ECVV.

Material: Varón de 34 años sin antecedentes significativos, ingresado en UCI por síndrome de distrés respiratorio que requirió canalización de ECVV fémoro-yugular derecha, sin conseguir flujos adecuados. Posteriormente se evidencia hematoma

cervical; por lo que se retira cánula yugular, y se inicia asistencia mediante abordaje femoral. Tras 24 horas, presentó anemización, sin repercusión hemodinámica, pero con necesidad de transfusión de concentrados de hematíes. A los 7 días, se diagnosticó mediante angio TAC de gran hematoma y pseudoaneurisma roto dependiente de pared posterior de arteria subclavia derecha de 28 × 29 × 30 mm con sangrado activo y un segundo pseudoaneurisma dependiente de la pared anterior de 24 × 22 × 43 mm.

Metodología: Debido a la localización y morfología del paciente, con obesidad mórbida y mínima longitud cervical, se indicó arteriografía diagnóstica mediante abordaje de arteria humeral derecha. Se confirmó un primer pseudoaneurisma (anterior) en arteria subclavia derecha a 19 mm del origen de arteria carótida común derecha y un segundo (posterior) a 14 mm. Se indicó implantación de Viabhan (10 × 50 mm), comprobándose exclusión de ambos pseudoaneurismas y óptima permeabilidad de carótida común derecha.

Resultados: Posoperatorio inmediato sin complicaciones y evolución favorable que permitió retirada de ECVV y posterior extubación. Sin signos de anemización y buena evolución a nivel de herida quirúrgica humeral. Actualmente, a los 3 meses, el paciente se encuentra asintomático, confirmando con ecografía Doppler permeabilidad del *stent*.

Conclusiones: El tratamiento endovascular es una opción factible, cada vez más utilizada en casos de complicaciones vasculares tras punciones de dispositivos como ocurre en nuestro caso. La indicación de tratamiento endovascular puede resultar de elección aún en pacientes muy jóvenes, en un contexto clínico de gravedad y una anatomía desfavorable para una reparación quirúrgica abierta como ocurre en nuestro caso.

P 95. CAUSA INFRECUENTE DE ISQUEMIA AGUDA: TROMBOSIS DE ARTERIA CIÁTICA PERSISTENTE

Ana Isabel Guillén Cascales, Celia Rioja Olmedo, Pedro Julián García Garrido, Verónica Fernández Álvarez, Rocío Belen Rodríguez Carmona, Rodrigo Eduardo Yoldi Bocanegra

Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería

Objetivos: La arteria ciática es la responsable de la irrigación la extremidad inferior durante los primeros estadios de desarrollo fetal, sistema que involuciona a lo largo de dicho desarrollo. La falta de regresión se conoce como arteria ciática persistente (ACP). Se asocia con persistencia, hipoplasia o agenesia de las arterias ilíaca, femoral común y femoral superficial. Es una entidad poco frecuente, presentándose de forma bilateral en un 20 % de los casos. Es una estructura propensa a la aterosclerosis y a la degeneración aneurismática. La mayoría de los pacientes se encuentran asintomáticos, siendo diagnosticados de forma casual. Entre los que muestran síntomas, destacan la presentación de una masa pulsátil a nivel del glúteo; isquemia aguda o claudicación de miembros inferiores; y de forma más ocasional, ciatalgia de larga data (por compresión del nervio ciático).

Material: A colación de lo dicho previamente, presentamos el siguiente caso clínico.

Metodología: Varón de 75 años, sin antecedentes personales de interés, acude por dolor en miembro inferior izquierdo de inicio súbito asociado a hipostesia e impotencia funcional. A la exploración física, ausencia de pulsos a todos los niveles. Se realiza angio TAC objetivándose oclusión completa del eje iliofemoropoplíteo; asimismo, se visualiza arteria ciática persistente bilateral de gran calibre que en el caso de la pierna izquierda se encuentra trombosada.

Resultados: Ante estos hallazgos se decide intervención quirúrgica. Se realiza trombectomía transfemoral junto a *bypass* femoropoplíteo (3.^a) con prótesis anillada y *cuff* de Miller (6 mm), precisando implante de *stent* autoexpandible recubierto en bifurcación ilíaca izquierda por disección a ese nivel. Previamente, se comprobó mediante ecografía la ausencia de vena apta para realizar el *bypass*.

Conclusiones: Dada la elevada variabilidad anatómica de estos pacientes, no existe un tratamiento quirúrgico establecido, se debe tener en cuenta cada caso de forma individualizada. En pacientes asintomáticos se recomienda el seguimiento anual con métodos no invasivos por la posible degeneración aneurismática. En caso de presentar dilataciones aneurismáticas o isquemia crítica de miembros inferiores, se recomienda el tratamiento quirúrgico, ya sea de forma endovascular (embolización o *stent* recubiertos) o mediante cirugía abierta (*bypass*, aneurismectomía con interposición de colgajo venoso, etc.).

UP 96. DESCUBRIENDO LOS ANEURISMAS CAROTÍDEOS A TRAVÉS DE UN CASO CLÍNICO

Daniela Acuña Paz-y-Miño, José Miguel Fustero Aznar, Mireia Rallo Romero, Alejandra Vázquez Tolosa, Iván Higuera Jaramillo, Luis Esteva Muñoz, Abel Vélez Lomana

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

Objetivos: Los aneurismas carotídeos, dilataciones con un diámetro igual o superior a los 15 mm, constituyen aproximadamente el 1-3 % de los aneurismas periféricos. La probabilidad de ruptura y otras complicaciones puede variar en función de la ubicación y características individuales. Por consiguiente, el manejo de los aneurismas carotídeos no depende únicamente del tamaño, sino también de factores como la forma, localización y estado general del paciente.

Material: Se presenta el caso de un paciente masculino de 72 años con historial clínico de hipertensión arterial, dislipidemia, enfermedad renal crónica bajo tratamiento de hemodiálisis, hiperparatiroidismo secundario, hemangioma hepático y cardiopatía isquémica con revascularización quirúrgica mediante tres *bypass* aortocoronarios. El paciente fue referido a nuestra consulta debido a la presencia de una tumoración cervical derecha, sospechosa de origen vascular. Un antecedente relevante es la colocación previa de un acceso ve-

noso central yugular derecho durante la intervención y período posquirúrgico del *bypass* coronario, sugiriendo un posible origen iatrogénico para el cuadro actual.

Metodología: El examen físico inicial reveló una tumoración cervical derecha de pequeño tamaño, pulsátil, no dolorosa y sin signos de alarma. Se realizó una ecografía de TSA que mostró una dilatación de 13 mm en la arteria carótida interna. Se llevó a cabo una angio TC adicional que confirmó la presencia de un aneurisma sacular de 20 × 15 mm en la arteria carótida interna derecha.

Resultados: Dadas las características morfológicas del aneurisma y el alto riesgo de complicaciones, se optó por un enfoque quirúrgico. El paciente fue sometido a resección del aneurisma y reconstrucción con injerto de PTFE. Durante la intervención, se observaron arterias de gran calibre y un aneurisma sacular con velos intraluminales en la arteria carótida interna derecha. La cirugía transcurrió sin incidencias y el paciente ha presentado una evolución clínica y quirúrgica satisfactoria hasta la fecha. Se envió la muestra anatómica a anatomía patológica para su estudio, quedando pendiente de resultado.

Conclusiones: A pesar de su rareza, es importante tener en cuenta que los aneurismas carotídeos, debido a su ubicación crítica y el riesgo potencial de complicaciones graves como embolias o rupturas, requieren una atención clínica meticulosa y un manejo adecuado cuando se detectan.

P 102. DISPOSITIVOS PERCUTÁNEOS DE TROMBECTOMÍA EN EL TRATAMIENTO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA AGUDA

Sandra Pérez Fernández, Noelia M.^a Cenizo Revuelta, José Miguel Martín Pedrosa, Joan Francisco Roedán Óliver, Sergio Asensio Rodríguez, M.^a Lourdes del Río Solá

Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid

Objetivos: La trombosis venosa profunda de las extremidades inferiores es una afección común en la práctica clínica habitual, siendo su principal complicación el síndrome posttrombótico, que impacta significativamente en la calidad de vida de los pacientes. En comparación con el tratamiento médico aislado, se han desarrollado dispositivos percutáneos de trombectomía que han demostrado resultados prometedores.

Material: Presentamos el caso clínico de un varón de 49 años con antecedentes de hepatitis por VHC en tratamiento antiviral y diagnóstico de displasia fibrosa polioestótica. Debido a esta última patología, se sometió a varias cirugías traumatológicas, incluida una corpectomía vertebral L5 por vía anterior, durante la cual se produjo una lesión en la vena ilíaca izquierda, reparada con puntos de Prolene 5/0. En el posoperatorio inmediato, experimentó dolor e inflamación en la extremidad inferior izquierda, siendo diagnosticado de trombosis venosa profunda iliofemoral izquierda.

Metodología: Se implementaron medidas físicas y tratamiento médico con heparina de bajo peso molecular, tras una evaluación del riesgo/beneficio de la anticoagulación. Ante la progresión de la trombosis y la falta de mejoría clínica, se consideró la utilización de dispositivos percutáneos de trombectomía, optando por AngioJet® (Boston Scientific), un dispositivo farmacomecánico de trombectomía con aspiración activa. Mediante una punción en la vena femoral común izquierda, se llevó a cabo la trombólisis con urocinasa y tromboaspiración con AngioJet®. En la evaluación flebográfica posterior con IVUS, se identificó una trombosis residual en la vena ilíaca común izquierda, lo que motivó la colocación de un *stent* autoexpandible Abre® (Medtronic) de 16 × 100 mm.

Resultados: El control flebográfico subsecuente resultó satisfactorio, y en el posoperatorio, se observó una clara mejoría sintomática. Los controles ecográficos posteriores revelaron la resolución completa de la trombosis, con recanalización exitosa. Se programó una revisión a los 3 meses, con tratamiento anticoagulante durante ese periodo.

Conclusiones: El empleo de dispositivos de trombolectomía percutáneos demuestra su utilidad en el tratamiento de trombosis venosas profundas agudas iliofemorales, facilitando la recanalización temprana y mejorando los síntomas, lo que se traduce en un menor riesgo de complicaciones tromboembólicas y posttrombóticas.

P 105. ENFERMEDAD QUÍSTICA ADVENTICIAL DE LA ARTERIA POPLÍTEA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Jorge del Valle Rojas, Diego Fernando Ruiz Chiriboga, José Manuel Liger Ramos, Elena Martín Morales, Beatriz Galán Banacloche, María de Celis Rodríguez

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Objetivos: La EQA es una patología infrecuente con una incidencia mayor en varones jóvenes (4:1) siendo la localización más frecuente en arteria poplítea. Se describe un caso clínico de un paciente con enfermedad quística adventicial (EQA) en el miembro inferior izquierdo (MII), con repercusión clínica.

Material: Se trata de un paciente de 46 años sin antecedentes de interés que refiere claudicación intermitente limitante en MII a 250 metros de 4 meses de evolución, niega dolor de reposo.

Metodología: A la exploración física presenta pulso femoral grado 3, poplítea grado 2, pedio grado 2, normoperfusión distal, signo de Ishikawa positivo a la flexión de la rodilla. En las pruebas de imagen se confirma imagen en forma de semiluna que ocluye parcialmente la arteria poplítea izquierda.

Resultados: En la cirugía se realiza una resección completa de la arteria poplítea en su 2.^a porción mediante abordaje posterior. Durante la disección se observa un quiste adventicial de 2 cm de diámetro y 9 cm de longitud, arteria poplítea de aspecto grisáceo con bultos en su trayecto. Al abrir la arteria

se desprende líquido de aspecto mucoso amarillento. Finalmente se realiza *bypass* con vena safena interna invertida ipsilateral comprobando pulso pedio grado 3. En la anatomía patológica confirman positividad para adipocitos CD31 y CD34 positivos. En el seguimiento a los 4 meses se evidencia flujo laminar del injerto y en la RMN ausencia de EQA en miembro contralateral.

Conclusiones: La EQA es causa infrecuente de síntomas isquémicos unilaterales en pacientes sin factores de riesgo cardiovasculares típicos, se puede sospechar clínicamente mediante la anamnesis, exploración física, y los hallazgos de los estudios de imagen. El tratamiento mediante resección quirúrgica completa ha demostrado ser el de elección; es recomendable el seguimiento a largo plazo, y estudio del miembro inferior contralateral.

P 106. STENT RENAL EN ANGIOGRAFÍA CON CO₂ E IVUS EN ESTENOSIS RENAL BILATERAL

Arturo Ferreira-Mazón García-Plata, Fernando Benito Mira, Estefanía San Ginés Bahillo, Lucas Álvarez García, Pablo del Canto Peruyera, Manuel Javier Vallina-Victorero Vázquez

Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón

Objetivos: Los pacientes con estenosis de arteria renal que precisan tratamiento endovascular pueden ver empeorada su función renal tras la administración de contraste. La combinación de angiografía con CO₂ y IVUS puede ser una opción para tratar las estenosis renales.

Material: Paciente de 67 años hipertensa con deterioro de la función renal a tratamiento con ARA-II, que al suspenderlo mejora. Le realizan eco Doppler en la que se observan signos de posible estenosis de arteria renal.

Metodología: Se realiza angiografía con CO₂ observando estenosis renal bilateral significativa. En IVUS se observa estenosis del 30 % de arteria renal derecha y estenosis del 73 % de arteria renal

izquierda. Se realiza colocación de *stent* recubierto en arteria renal izquierda.

Resultados: El procedimiento se consideró técnicamente exitoso con una correcta expansión del *stent* y ausencia de estenosis residual. En la analítica posoperatoria no se observó empeoramiento de la función renal previa.

Conclusiones: La combinación de angiografía con CO₂ y IVUS es una alternativa para el tratamiento endovascular de estenosis renales en pacientes con deterioro de la función renal.

P 113. ANEURISMA DE CARÓTIDA INTERNA EN PACIENTE JOVEN, ¿CÓMO TRATAMOS?

Óliver Bonnelly González, Julián Flórez García, Lucía Sánchez Molina, Rubén Peña Cortés, Paula Velasco Hernández, José Antonio Carnicero
Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca

Objetivos: Los aneurismas de arteria carótida interna son una entidad poco frecuente. Representan entre el 0,1 y 2 % de los procedimientos carotídeos realizados. Presentamos un caso de aneurisma de arteria carótida interna posbulbar de 4 cm de diámetro máximo y sus implicaciones terapéuticas.

Material: Mujer de 42 años, exfumadora que es derivada a consulta de cirugía vascular por tumoración no dolorosa de 1 año de evolución que no mejora con tratamiento antibiótico ni antiinflamatorio. En estudio de eco Doppler se comprueba dilatación aneurismática fusiforme de carótida interna posbulbar de 4 × 4,7 cm de diámetro máximo. Se realiza angio TC confirmando aneurisma de carótida interna tipo I dentro de la clasificación de aneurismas carotídeos. No se observa trombosis mural en la luz aneurismática.

Metodología: Se decide reparación quirúrgica abierta con intubación nasotraqueal como mejor opción terapéutica. Se realiza resección del aneurisma con apertura longitudinal del saco aneuris-

mático y posterior injerto con prótesis de dacrón de 6 mm con anastomosis término-terminal. En el interior del saco aneurismático no se objetiva trombo ni placas de ateroma.

Resultados: Intervención sin incidencias. En el posoperatorio, la paciente muestra parálisis facial grado II. En el estudio de extensión, se realizan pruebas de autoinmunidad básica con ANA, ACLAS y orina básica sin mostrar alteraciones significativas. Se descartan patologías congénitas relacionadas con colagenopatías. El TAC cerebral descarta aneurismas intracerebrales adicionales. Paciente vista en consultas externas al año de la intervención, sin observar alteración a nivel del injerto.

Conclusiones: Los aneurismas de arterias carótida interna son una entidad poco frecuente y más aún en personas jóvenes sin antecedentes de interés. Su tratamiento debe ser realizado con el fin de prevenir embolizaciones distales, compresiones de estructuras vasculo-nerviosas adyacentes y roturas. En personas jóvenes sin antecedentes de interés, la cirugía abierta sigue siendo el tratamiento de elección.

P 117. RECONSTRUCCIÓN ENDOVASCULAR DE LA BIFURCACIÓN AORTOILIACA URGENTE EN OCLUSIÓN AÓRTICA AGUDA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Rolando Antonio Báez de la Rosa, Bruno Emanuel Caramuto, Cristina Serrallé Mallo, Elena Gallego Romero, Luis Franco Núñez, Francisco Javier Rielo Arias
Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo

Objetivos: La oclusión aórtica aguda es una entidad infrecuente, pero se trata de una urgencia potencialmente devastadora con una elevada mortalidad perioperatoria. El tratamiento clásico consistía en cirugía abierta, pero posteriormente con la irrupción de la endovascular han aparecido nuevas técnicas mínimamente invasivas como el *kissing stent* o el CERAB (*Covered Endovascular Repair of Aortoiliac Bifurcation*) entre otras posibilidades.

Presentamos un caso de trombosis terminoaórtica aguda que se solventó combinando la trombectomía mecánica con la técnica endovascular CERAB.

Material: Varón de 81 años exfumador sin antecedentes vasculares previos, hipertensión arterial, dislipemia y diabetes *mellitus* II insulinotratada. Acude a Urgencias por dolor de instauración brusca en ambos miembros inferiores (MMII). Exploración física con ausencia de pulsos, frialdad y parestesias en MMII.

Metodología: Tras realizar angio TAC se detecta oclusión total terminoaórtica aguda por material trombótico que se extiende hasta bifurcación de arteria ilíaca externa e interna derecha y origen de arteria ilíaca primitiva izquierda. Severa aterosclerosis aortoiliaca. Se indica cirugía urgente para reparar y restablecer flujo vascular.

Resultados: Se realizó trombectomía mecánica con Fogarty y aspirativa en tiempo endovascular con Penumbra para finalizar reparando con éxito la bifurcación aortoiliaca con técnica CERAB. Permanece permeable y sin complicaciones hasta la actualidad.

Conclusiones: CERAB no solo es una buena técnica para casos programados de obstrucción aortoiliaca y síndromes de Leriche. Es una técnica mínimamente invasiva que aporta grandes beneficios para casos urgentes de isquemia aguda con oclusión total aórtica con evidencia de permeabilidad equiparable a la cirugía abierta convencional, mejor recuperación y menor morbimortalidad.

P 118. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE FÍSTULA ILÍACO-URETERAL SECUNDARIA

Raquel Chávez Abiega¹, Kerbi Alejandro Guevara Noriega¹⁻³, Laura Rodríguez Lorenzo¹, María Marcet Recolons¹, Javier Ramírez Ruiz¹, Alejandra Comanques Yeboles¹

¹Parc Taulí Hospital Universitari. Sabadell, Barcelona. ²Hospital de Mataró. Mataró, Barcelona. ³Centro Médico Teknon. Barcelona

Objetivos: La presencia de una fístula ilíaco-ureteral (FIU) secundaria es una causa inusual de hematuria. La infrecuencia de esta entidad clínica puede provocar un retraso diagnóstico con graves consecuencias en el paciente. Presentamos un caso de manejo endovascular de una FIU por decúbito de un catéter uni-Jota, con posterior pseudoaneurisma micótico, en un paciente con antecedentes de cistectomía radical con urostomía y conducto ileal (Bricker).

Material: Varón de 67 años con antecedentes de neoplasia urológica, que requirió múltiples intervenciones quirúrgicas. La última fue una cistoprostatectomía radical con linfadenectomía bilateral que precisó una derivación tipo Bricker y catéter uni-J. Como complicación, presentó una FIU tratada de forma endovascular.

Metodología: El paciente ingresó por empeoramiento de función renal con hematuria anemizante y desplazamiento de catéter uni-J izquierdo. A pesar de no objetivarse en angio TAC sangrado activo y por persistencia de hematuria y anemización, se realizó arteriografía diagnóstica objetivándose sangrado activo por arteria ilíaca primitiva izquierda (AIPI) a la altura del catéter uni-J. Se implantó un *stent* Gore® VBX® 8 × 39 mm en AIPI, no siendo posible la retirada del catéter urológico por estenosis ureteral. Un año después, acudió a urgencias por dolor abdominal, fiebre y hematuria, objetivándose en angio TC un pseudoaneurisma micótico de 18 × 13 mm distal al *stent* previo. Dada la complejidad del caso, se descartó cirugía abierta, implantándose otro *stent* Gore® VBX® 8 × 39 mm vía femoral izquierda.

Resultados: Buena evolución tras el tratamiento endovascular del pseudoaneurisma ilíaco, asintomático, con correcta exclusión del mismo en el angio TAC, sin objetivarse colecciones periprotésicas a los 3 meses del implante. El comité multidisciplinar de seguimiento sospecha la infección del catéter uni-J y del *stent* cubierto (se aisló *Citrobacter freundii* en urinocultivo y *Actynomices turicensis* en hemocultivos). Ante la complejidad y riesgo de hemorragia que supondría la retirada del ma-

terial protésico, la presencia de estenosis uretral, y las características del paciente, se ha decidido manejo conservador con tratamiento antibiótico supresivo.

Conclusiones: La FIU es una entidad poco frecuente, pero con consecuencias fatales. El abordaje endovascular es una alternativa terapéutica rápidamente accesible y con menor morbilidad que la cirugía abierta ante la complejidad de pacientes con un abdomen hostil secundario a múltiples intervenciones quirúrgicas previas.

P 119. SÍNDROME DE ESTRECHO TORÁCICO ARTERIAL: SINOSTOSIS DE PRIMERA Y SEGUNDA COSTILLA

Ainhoa Figuérez Marcos, Agustín Mínguez Bautista, Francina Rocamora Horrach, Krystell Daniela Escoto Theodoracopoulos, Carles Corominas Roura, Pascual Lozano Vilardell
Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca

Objetivos: Descripción de un caso clínico evaluando opciones terapéuticas y posteriores complicaciones asociadas.

Material: Varón de 37 años que acude a Urgencias por frialdad, palidez, parestia y dolor en la mano derecha con ausencia de pulsos a todos los niveles. Con sospecha de isquemia aguda, se solicita angio TAC donde se objetiva una sinostosis costal (1.^a y 2.^a) asociada a compresión de arteria subclavia con dilatación postestenótica y trombosis de arterias humeral, radial y cubital. Se procede a realizar tromboaspiración y fibrinólisis locorregional con urocinasa durante 24 h. En el control se observa persistencia de trombo mural subclavio con permeabilidad de arteria cubital y persiste oclusión radial. Dado el éxito parcial se realiza trombectomía humeral y radio-cubital con cierre con parche de pericardio, recuperando en el posoperatorio inmediato pulsos radial y cubital. En el posoperatorio tardío, el paciente presenta nuevo episodio de isquemia aguda que precisa de rescate quirúrgico.

Tras la recuperación posoperatoria, se realiza de manera programada la resección de la primera costilla asociada a resección del aneurisma subclavio e interposición de injerto de PTFE de 8 mm. A los 10 días, acude a urgencias por presentar hemorragia significativa en la herida antecubital. Se procede a revisión quirúrgica urgente y con sospecha de infección, se decide retirada del parche previo y realizar un injerto humero-cubital al objetivar dominancia de dicho tronco a nivel distal con vena safena interna invertida.

Metodología: Revisión retrospectiva de datos clínicos, radiológicos y terapéuticos del paciente.

Resultados: Tras la intervención, el paciente presenta correcta evolución con ausencia de dolor, pulso cubital conservado y correcta perfusión distal. En las pruebas complementarias, presenta permeabilidad de injerto humeral-cubital con curvas trifásicas a 60-80 cm/s y curvas trifásicas a nivel de arteria cubital.

Conclusiones:

1. En el síndrome del estrecho torácico arterial, se requiere una intervención precoz debido al alto riesgo de complicaciones graves, como embolización, oclusión arterial y formación de aneurismas.
2. Se recomienda realizar resección de la primera costilla asociada a una escalenectomía anterior. En situaciones en las que se encuentren aneurismas de tamaño mayor a 2 cm, daño en íntima o presencia de trombos, se recomienda realizar la reparación de la arteria subclavia asociada.

P 125. FLEGMASIA CERÚLEA DOLENS SECUNDARIA A TROMBOSIS DEL SECTOR ILIOFEMORAL Y FEMOROPLOPLÉTEO TRATADA CON TROMBECTOMÍA Y STENT VENOSO

Nerea Bastardo Gordejuela, Javier Sánchez Abuin, Ainitze Ugartemendia Iturrizar, María de Dios Bilbao, Begoña Iríbar Zubiaur, Leire Ganzarain Valiente
Hospital Universitario Donostia. Donostia

Objetivos: Presentar el resultado de un tratamiento híbrido en un caso de flegmasia cerúlea dolorosa secundaria a trombosis venosa profunda desde la vena ilíaca externa derecha a la vena poplítea.

Material: Varón de 59 años sin antecedentes de interés derivado desde otro centro por accidente con aplastamiento de cadera por una Fenwick. A su llegada, hemodinámicamente estable, se realiza TAC toraco-abdomino-pélvico informado como fractura compleja inestable de pelvis tipo B1 según la clasificación de Tile. Dados los hallazgos es intervenido por el servicio de traumatología y tras finalizar procedimiento durante su estancia en URPA presenta extremidad inferior derecha apul-sátil asociado a clínica de frialdad, edema y dolor, por lo que se solicita angio TAC (ATAC) informado como extensa trombosis venosa desde la bifurcación de vena ilíaca común derecha, afectando a la totalidad de la vena femoral común, superficial y poplítea, hallazgos compatibles con flegmasia cerúlea dolorosa siendo el eje arterial permeable, con flujo enlentecido.

Metodología: Se inicia anticoagulación con heparina de bajo peso molecular (HBPM) y dado el empeoramiento clínico-analítico con oliguria y fracaso renal agudo se decide intervención urgente por el servicio de cirugía vascular. Se realiza flebografía desde acceso femoral izquierdo confirmando hallazgos en ATAC. En dicho procedimiento se coloca filtro de vena cava (FVC), se realiza trombectomía por compresión del eje femoropoplítea y trombectomía mecánica con Fogarty sobre guía de ilíaca externa derecha. Ante la persistencia de trombo residual se implantan dos *stent* autoexpandibles Cordis Smart Control (14 × 60 y 14 × 40 mm). Se confirma permeabilidad con buen lavado y ausencia de trombo en filtro de cava.

Resultados: Durante el posoperatorio se consigue recanalización del eje iliofemoral con desaparición del cuadro de flegmasia cerúlea. Permanece anticoagulado hasta la retirada del FVC a los 4 meses. A los 5 días se añade antiagregación con AAS 100 mg / 24 h.

Conclusiones: El tratamiento de la flegmasia cerúlea precisa resolución inmediata de la hipertensión venosa, siendo el tratamiento híbrido una de las opciones.

P 128. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA DE ARTERIA PANCREATODUODENAL

Fernando Benito Mira, Estefanía San Ginés Bahillo, Arturo Ferreiro-Mazón García-Plata, Andrés Álvarez Salgado, Luis Ángel Suárez González, Manuel Javier Vallina Victorero
Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón

Objetivos: Los aneurismas de la arteria pancreatoduodenal suponen el 2 % de los aneurismas arteriales esplácnicos presentando un alto porcentaje de rotura. Habitualmente se forman en pacientes con estenosis u oclusiones del tronco celíaco y aunque menos frecuente, estenosis de la arteria mesentérica superior, o en aquellos con procesos infecciosos o enfermedades de tejido conectivo. El tratamiento endovascular es el más habitualmente usado.

Material: Varón de 48 años sin antecedentes de interés en el que se identifica, como hallazgo casual en TAC solicitado por otro motivo, aneurisma dependiente de arteria pancreatoduodenal con unos diámetros de 26,3 × 26,5 mm.

Metodología: Se lleva a cabo tratamiento endovascular combinado mediante la colocación de *stent* en arteria mesentérica superior y embolización del aneurisma con *coils*.

Resultados: El procedimiento transcurre sin complicaciones observándose exclusión completa del aneurisma.

Conclusiones: El tratamiento endovascular del aneurisma pancreatoduodenal puede ser una opción factible.

P 129. EVALUACIÓN DE LA HUELLA DE CARBONO DE UN CURSO DE SIMULACIÓN EN CIRUGÍA VASCULAR: PASOS INICIALES HACIA EVENTOS CARBÓN-NEUTROS

Xavier Faner Capó, David Flota Ruiz, Míriam Boqué Torremorell, Iván Constenla García, Sergi Bellmunt Montoya

Servicio de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

Objetivos: Las conferencias y cursos médicos pretenden promover el conocimiento médico para beneficio último de la población, pero las emisiones derivadas de los mismos pueden impactar negativamente en esta debido al cambio climático. El objetivo del estudio fue evaluar el impacto ecológico de la organización y desarrollo de un curso de Cirugía Vascular basado en la simulación.

Material: Se evaluó de forma prospectiva un curso de cirugía vascular en España con participantes de distintas regiones basado en la simulación para el entreno de habilidades técnicas y no técnicas.

Metodología: Se realizó un estudio prospectivo observacional evaluando las emisiones de gases de efecto invernadero de las distintas etapas del curso, incluyendo la preparación, organización, adquisición de materiales, transporte de alumnos, ejecución del curso, alojamiento y comidas. Una empresa independiente cuantificó las emisiones directas e indirectas de dichas etapas utilizando un *software* dedicado. Las emisiones se cuantificaron en equivalentes de CO₂ (CO₂eq) con valor absoluto y %.

Resultados: 16 participantes de diversos territorios españoles participaron en un curso de tres días, con 23,5 horas de entrenamiento y 7 actividades distintas. Se generaron un total de 5,24 de toneladas de CO₂eq (TnCO₂eq) (0,33 por participante). El transporte de los participantes fue la etapa más contaminante (2,75 TnCO₂eq, 52,4 % del total), seguido de la adquisición de materiales (1,25 TnCO₂eq, 23,9 % del total). En cuanto a materiales, el transporte de los mismos (0,53 TnCO₂eq) y la crian-

za de animales para simulación quirúrgica (0,46 TnCO₂eq) fueron los elementos más contaminantes. El desarrollo del curso en sí mismo (excluyendo transportes, materiales y alojamientos) supuso 0,81 TnCO₂eq (15,4 % del total).

Conclusiones: Este estudio permite identificar las etapas más contaminantes de un curso de simulación en Cirugía Vascular. En base el principio de las 5R (rechazar, reducir, reutilizar, reconvertir y reciclar), diversas medidas pueden llevarse a cabo para hacer más ecológicos estos eventos. Evitar la presencialidad y los medios de transportes impulsados por gasolina, reducir el uso de modelos animales y productos importados, reutilizar materiales y cadáveres para otros cursos y reciclar fungibles son medidas factibles que deberían ser iniciativa habitual en futuros cursos para reducir el impacto climático.

P 130. TRATAMIENTO CONSERVADOR DE INFECCIÓN PROTÉSICA AÓRTICA ABDOMINAL

Joan Francisco Roedan Óliver, José Antonio Brizuela Sanz, Sergio Asensio Rodríguez, Sandra Pérez Fernández, Álvaro Revilla Calavia, M.^a Lourdes del Río Solá

Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid

Objetivos: La infección protésica, tras cirugía endovascular o abierta de aneurisma de aorta abdominal, es una grave complicación con mal pronóstico vital. El tratamiento de elección es el explante de la prótesis con reconstrucción in situ usando material biológico; sin embargo, la morbimortalidad quirúrgica es muy elevada. Presentamos dos casos de tratamiento conservador (sin explante protésico) con buena evolución clínica.

Material: *Caso 1.* Varón de 75 años con diagnóstico de AAA roto que se reparó con cirugía abierta mediante un injerto aortobiiliaco en 2022. A los 3 meses de la cirugía, debutó con melenas y en el angio TC se evidenció un pseudoaneurisma

en la anastomosis proximal y signos radiológicos de infección junto con fístula aortoentérica. Se decidió implantar un *cuff* aórtico Endurant II® de Medtronic en la anastomosis proximal, y en un segundo tiempo, junto con CGD se realizó cierre de orificio duodenal y omentoplastia, sin retirar la prótesis aórtica. El cultivo fue positivo para Parvimonas Micra.

Caso 2. Varón de 78 años en el que tras diagnóstico de AAA en rango quirúrgico, hace 6 años, se realizó reparación electiva endovascular con endoprótesis Endurant II® de Medtronic. Años más tarde, ante episodio de dolor lumbar, sin clínica infecciosa, se evidencia un absceso en psoas con continuidad hacia el saco aneurismático. Se realiza gammagrafía que muestra que la infección afecta también al saco aneurismático y la endoprótesis. El Servicio de Radiología intervencionista drena el absceso, obteniendo diagnóstico microbiológico positivo para *Lysteria Monocytogenes*. Se inicia tratamiento conservador dado el alto riesgo quirúrgico, con antibioterapia sin explante.

Metodología: Observacional. Casos clínicos.

Resultados: *Caso 1.* Siguiendo un manejo conservador, se inició antibioterapia, inicialmente por vía intravenosa, continuándose por vía oral. En la gammagrafía de control se evidenció resolución de la infección. *Caso 2.* El paciente evolucionó favorablemente con resolución del absceso, y en gammagrafía de control ausencia de captación en la endoprótesis.

Conclusiones: El tratamiento conservador de la infección de la prótesis aórtica abdominal puede ser una opción de tratamiento en casos seleccionados, evitando la morbimortalidad del explante.

P 149. ENFERMEDAD QUÍSTICA ADVENTICIAL (EQA): CAUSA INFRECUENTE DE ISQUEMIA FUNCIONAL

Sofía Hernández Pérez, Lia Postius Echeverri, Ángel Galindo Cordero, Efrén Martel Almeida, Ferrán Plá Sánchez, Guido Volo Pérez

*Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín.
Las Palmas de Gran Canaria*

Objetivos: La enfermedad quística adventicial (EQA) consiste en una condición caracterizada por la acumulación de contenido mixoide entre la adventicia y la muscular de las arterias y venas, que puede provocar estenosis o incluso oclusión de su luz. Es muy poco frecuente, afectando en la mayoría de casos a la arteria poplítea, siendo responsable del 0,1 % de los casos de claudicación intermitente de miembros inferiores.

Material: Mujer de 62 años, fumadora y dislipémica (colesterol total de 181 mg/dL y triglicéridos de 314 mg/dL). Presentaba claudicación intermitente de miembro inferior izquierdo por dolor gemelar a unos 100 metros desde hace 2 años, con empeoramiento progresivo subjetivo.

Metodología: En la exploración física presentaba pulsos distales conservados. En el estudio curvas Doppler arterial de permeabilidad troncular y se objetivó un ITB de 0,94 en el miembro afectado. Presentaba una claudicometría positiva a los 90 metros, con caída del ITB a 0,41 en el primer ciclo, sin recuperación pasados 10 minutos. Se realiza una arteriografía de miembros inferiores objetivando signo de la cimitarra en la segunda porción de la arteria poplítea. Se realiza angio TC de MMII para realizar diagnóstico diferencial con el síndrome de atrapamiento de la poplítea, donde se aprecia unafilamiento a ese nivel, que impresiona de ser secundario a impronta endoluminal de morfología ovoidea, condicionando una estenosis crítica. Se intervino mediante un *bypass* poplíteo-poplíteo de primera a tercera porción con vena safena interna ipsilateral invertida, mediante un abordaje posterior de la segunda porción de la poplítea.

Resultados: Presentó resolución inmediata de la sintomatología pudiendo caminar largas distancias sin claudicación a cuatro meses de seguimiento. La anatomía patológica describió hallazgos compatibles con enfermedad quística adventicial.

Conclusiones: La enfermedad quística adventicial es una patología que no siempre correlaciona la clínica con la exploración física. Se requiere alta sospecha clínica para realizar el diagnóstico. Dado las tasas de recidiva (6-10 %) así como los síntomas invalidantes que puede acompañar a esta patología, la cirugía abierta con exploración arterial directa se presenta como una opción con buenas tasas de éxito y permeabilidad a largo plazo.

P 153. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA ROTO DE AORTA TORÁCICA

Frank Hamre Gil, Jesús Álvarez García, Gonzalo Argüeso Alonso, Luis Cobo Picón, Asunción Romero Lozano, Rafael Gómez Medialdea
Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Objetivos: Presentamos el caso de un varón de 65 años de edad con un aneurisma roto de aorta torácica sin opción convencional para el sellado.

Material: Se trata de un varón de 65 años de edad, sin antecedentes relevantes, que acude por dolor interescapular de horas de evolución, junto con sudoración profusa y presíncope. Previamente, refiere dolor en hemitórax derecho e hipocondrio derecho de días de evolución.

Metodología: En la valoración inicial, presenta cifras tensionales diferentes en ambos miembros superiores, con tensiones en el miembro derecho de 56/32, y de 96/68 en el izquierdo. Se realiza TC de tórax con contraste donde se visualiza aneurisma de aorta torácica roto con afectación hasta salida de tronco celíaco.

Resultados: Se interviene de urgencia, mediante colocación de modulo toracico Valiant (Medtronic®) y *stent* cubierto balón expandible Begraft (Bentley®) en tronco celiaco, creando zona de sellado distal, con buen resultado arteriográfico. En el posoperatorio inmediato, desarrolla isquemia medular a nivel de T7, con paraparesia, hipoestesia en miembros inferiores y vejiga neurógena.

Actualmente, marcha independiente con bastón, y realizando autosondaje. En angio TC de control, se observa trombosis del *stent* a nivel del tronco, con buena compensación con relleno de ramas distales. No obstante, existe una migración de la endoprótesis que puede necesitar tratamiento futuro.

Conclusiones: La ruptura de un aneurisma de aorta torácico es una emergencia con una morbilidad y mortalidad elevadas, cuyo manejo puede consistir en cirugía abierta, o reparación endovascular (TEVAR). En la literatura, se describen menores tasas de mortalidad, ictus y paraplejia cuando se opta por tratamiento endovascular comparado con tratamiento quirúrgico abierto, cuando es técnicamente posible.

P 165. DESAFÍOS EN EL MANEJO DE COMPLICACIONES ANEURISMÁTICAS A LARGO PLAZO EN TRAUMATISMO VASCULAR PERIFÉRICO POR PERDIGONES: PRESENTACIÓN DE UN CASO POCO COMÚN

Asmae Frej, Ciro Baeza Bermejillo, Alejandro González García, César Aparicio Martínez, Valeria Carolina Arizaga Idrovo, Mae Calixto Díaz de Villalvilla
Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid

Introducción: Los traumatismos vasculares periféricos por perdigones son lesiones poco comunes, pero potencialmente graves, que pueden dar lugar a una serie de complicaciones a largo plazo, entre las cuales se incluye la formación de aneurismas en la localización de la lesión vascular, representando, por lo tanto, un desafío clínico importante.

Objetivo: Presentar un caso poco frecuente de dilatación aneurismática de la arteria femoral superficial (AFS), a consecuencia de la formación de fístulas arteriovenosas (FAV) secundarias a traumatismo por perdigones.

Material y métodos: Se describe el caso de un paciente de 70 años con antecedente de trauma-

tismo por múltiples perdigones en el año 1980. Posteriormente, se observa la formación de dos FAV a nivel de la transición femoropoplíteo en el miembro inferior izquierdo, con degeneración aneurismática posterior. En 2015, se excluyen las FAV mediante la colocación exitosa de dos *stents* recubiertos. Sin embargo, ocho años después, durante el seguimiento, se detecta la desconexión de los *stents* y la dilatación de la AFS hasta 29 mm, confirmada mediante ecografía y angio TAC.

Resultados: El paciente ingresó de manera programada en noviembre de 2023 para la reparación del aneurisma de la AFS mediante *bypass* femoropoplíteo distal izquierdo con vena safena interna *in situ*. Además, se realiza ligadura de la AFS y de la arteria poplíteo para excluir las FAV. El procedimiento transcurre sin incidencias, y en la revisión posquirúrgica el paciente se encontraba asintomático desde el punto de vista vascular.

Conclusiones: Este caso resalta la importancia del reconocimiento y el manejo oportuno de las complicaciones aneurismáticas secundarias a traumatismos vasculares periféricos por perdigones. Se destaca, por lo tanto, la necesidad de un seguimiento a largo plazo para evaluar la eficacia del tratamiento y detectar cualquier complicación tardía. Además, es importante la selección adecuada de las técnicas terapéuticas para mejorar los resultados clínicos y reducir las complicaciones a largo plazo en estos pacientes.

P 169. ENDOFIBROSIS DE LA ARTERIA ILÍACA EXTERNA COMO CAUSA DE CLAUDICACIÓN EN PACIENTE JOVEN. A PROPÓSITO DE UN CASO

Lia Postius Echeverri, Ángel Galindo Cordero, Sofía Hernández Pérez, Efrén Martel Almeida, Serguei de Varona Frolov, Guido Volo Pérez
Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín.
Las Palmas de Gran Canaria

Objetivos: La endofibrosis de la arteria ilíaca externa (AIE) es una enfermedad con una incidencia

estimada entre el 10-20 %, que afecta principalmente a atletas de alto rendimiento, en particular a ciclistas. La clínica se inicia con dolor típico en el muslo durante el ejercicio máximo con rápida resolución posejercicio.

Material: Presentamos a un paciente varón de 39 años, ciclista de largas distancias y sin factores de riesgo cardiovascular, con clínica de claudicación intermitente de más de 2 años de evolución, que se acompaña de dolor gemelar izquierdo progresivo que dificulta su vida diaria. A la exploración física presentaba ausencia de pulsos a todos los niveles en miembro inferior izquierdo (MII), sin lesiones tróficas ni cambios cutáneos.

Metodología: En el estudio de presiones segmentarias presentaba un índice muslo brazo de 0,53 y índice tobillo brazo (ITB) de 0,53 en la pedia, con curvas Doppler compatibles con obstrucción iliofemoral. En la claudiometría presento una distancia máxima recorrida de 252 metros, e inicio de síntomas a los 91 metros; además presentó en el ITB caída a 0,22. Se realizó angio TAC que evidenció una oclusión completa de AIE que recanalizaba distalmente en Arteria femoral común (AFC), sin calcificaciones ni otros signos radiológicos de ateromatosis. Dados los hallazgos clínicos y el antecedente deportivo del paciente se consideró a la endofibrosis de la íliaca externa como entidad diagnóstica.

Resultados: Se realizó un *bypass* iliofemoral con prótesis de dacrón 8 mm desde arteria ilíaca común a AFC. Los hallazgos intraoperatorios confirmaron la presencia de fibrosis de la AIE, si bien no se pudieron tomar muestras para el análisis anatomopatológico. Tras la intervención quirúrgica se objetivó la recuperación de pulsos distales, con una evolución posquirúrgica satisfactoria. A los 6 meses de seguimiento, se encuentra sin recurrencia de síntomas.

Conclusiones: La endofibrosis de la AIE tiene un impacto considerable en la calidad de vida de los deportistas, teniendo que ser considerado como posible diagnóstico ante la presencia de clínica claudicante. El cese del ejercicio suele ser ineficaz.

Se considera a la cirugía mediante *bypass* iliofemoral el *gold standard* en el tratamiento de la enfermedad.

P 171. SECCIÓN DE ARTERIA POPLÍTEA TRAS LUXACIÓN POSTERIOR DE PRÓTESIS DE RODILLA. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Mar Palao Bertrán, Francisco Pañella Agustí, Mauricio Ramírez Montoya, Selene Matus Orellano, Odile Yáñez Ruiz, Benet Gómez Moya
Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona

Introducción y objetivos: La lesión de la arteria poplítea puede tener consecuencias graves si no se detecta en la evaluación inicial, ya que las lesiones isquémicas pueden volverse irreversibles en un corto período de tiempo, aproximadamente de 6 a 8 horas. El diagnóstico temprano reduce significativamente el riesgo de pérdida de la extremidad, mientras que cualquier demora puede aumentar el riesgo de amputación. La luxación de la prótesis de rodilla es una complicación altamente infrecuente, 15 de cada 3000 casos reportados en algunas series, siendo aún menor la tasa de lesión vascular asociada a la lesión.

Material: *Presentación del caso:* varón de 77 años derivado de otro centro hospitalario por luxación posterior de rodilla EII con sospecha de lesión vascular asociada de 5 horas de evolución, secundaria a una caída desde su propia altura.

Metodología: *Antecedentes personales:* intervenido de doble prótesis de rodilla. *Examen físico:* EF EII: pulso femoral presente. No poplítea ni distales. Deformidad de rodilla asociado a importante hematoma. Importante palidez de la extremidad a nivel infragenicular asociado a impotencia funcional y anestesia completa a dicho nivel. EID: pulsos distales presentes. Movilidad y sensibilidad conservadas. *Pruebas complementarias.* Angio TC: la presencia de prótesis en ambas rodillas dificulta la visualización de la arteria poplítea. Se observa extravasación

de contraste en el compartimento posterior de la rodilla derecha. Los troncos distales no muestran captación de contraste endovenoso, lo que sugiere una lesión de la arteria poplítea.

Resultados: *Tratamiento:* mediante un abordaje posterior de la rodilla (previa reducción y fijación) se objetiva sección completa de la arteria poplítea, conservando la integridad de las venas y el nervio poplíteo. Ante estos hallazgos, revascularizó la extremidad mediante de una interposición poplítea-poplítea con vena poplítea invertida. Además, se realizaron fasciotomías de descarga. El paciente recuperó el pulso pedio después de la intervención.

Conclusiones: El traumatismo de la arteria poplítea asociado a luxación de rodilla es altamente infrecuente que requiere una alta sospecha clínica y un diagnóstico precoz. La revascularización precoz es crucial para preservar la viabilidad de la extremidad.

P 182. FÍSTULA AORTOBRONQUIAL: A PROPÓSITO DE DOS CASOS CLÍNICOS

Carmen Morgado Ortega, Adrián Aguirre González Álvarez, María Teresa Toro Barahona, Alexis Manuel Rojas Guerreiro, Víctor Bertil Martins García, Lara Gómez Pizarro, Valentina Paloma Laguna Pardo
Hospital Universitario de Badajoz. Badajoz

Objetivos: Remarcar la importancia de una patología infrecuente pero mortal, mediante la revisión de la bibliografía sobre fístulas aortobronquiales (FAB). Valorar el manejo que de esta patología se hace en nuestro centro, en comparación con el tratamiento implementado en los casos de FAB descritos en la literatura científica actual.

Material: Presentamos dos casos clínicos de fístulas aortobronquiales, de etiologías diferentes, y con distintos tratamientos. Evaluamos la evolución en función de su origen y los tratamientos aplicados.

Metodología: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en PubMed y UpToDate con las siguientes palabras clave: "fístula aorto-bronquial", "aneurisma de aorta torácica", "pseudoaneurisma de aorta torácica", "hemoptisis". Con respecto a los filtros, se ha elegido: "últimos 5 años", "revisiones bibliográficas" y "series de casos". Tras revisar resúmenes y descartar aquellos que no se ajustaban a nuestros objetivos, hemos obtenido cinco artículos completos

Resultados: Revisando la bibliografía se puede afirmar que se han seguido las recomendaciones de diagnóstico, tratamiento y seguimiento en ambos casos clínicos. De dos pacientes presentados, uno de ellos fallece como causa directa de la fístula aortobronquial y el otro es exitus como consecuencia de su patología de base, siendo un éxito el tratamiento quirúrgico de la fístula. En la bibliografía se encuentran resultados dispares, pero se observa un porcentaje de éxito quirúrgico cercana al 100 %, con evolución posterior diferente según la etiología de la fístula.

Conclusiones: La fístula aortobronquial es una entidad clínica muy infrecuente pero invariablemente fatal sin tratamiento. La sospecha clínica debe existir ante un paciente con hemoptisis y antecedente de cirugía aórtica previa o patología aórtica conocida. La prueba de imagen de elección es el angio-TC. El tratamiento de primera línea es el implante de una endoprótesis aórtica (TEVAR), que generalmente debe realizarse de forma urgente. Posteriormente es imprescindible el seguimiento a largo plazo y, en la mayoría de las ocasiones, un tratamiento antibiótico de larga duración o indefinido.

P 186. TRAUMATISMO VASCULAR IATROGÉNICO EN ARTERIA AXILAR TRAS IMPLANTE DE PRÓTESIS INVERTIDA DE HOMBRO

Jorge Erick del Valle Rojas, María Azucena Ayala Strub, José Manuel Ligeró Ramos, Elena Martín

Morales, Beatriz Galán Banacloche, María de Celis Rodríguez
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Objetivos: Los traumatismos vasculares iatrogénicos (TVI) en el miembro superior son poco frecuentes, Se describe el caso clínico de una paciente que durante el implante de una prótesis de hombro derecho sufrió un TVI a nivel de la arteria axilar derecha.

Material: Se trata de una mujer de 80 años sin antecedentes de interés, que, durante el implante de una prótesis invertida de hombro derecho por artrosis, se lesiona la arteria axilar provocando un sangrado activo de difícil control.

Metodología: Realizan clampaje de paquete vasculonervioso, *packing* y derivan intubada directamente al quirófano de nuestro hospital. A la exploración física presenta ausencia de pulso e hipoperfusión distal.

Resultados: La cirugía de rescate se realiza mediante incisión medial con respecto a la herida previa para control de la arteria axilar y detener el sangrado. Realizamos arteriotomía longitudinal y se evidencia disección de la íntima acompañado de trombo en su interior; al tratarse de 5cm de arteria, realizamos *bypass* corto con vena cefálica ipsilateral, comprobamos pulso radial grado 3. En el seguimiento a los 6 meses se comprueba flujo laminar del injerto con pulso distal y trastornos neuropáticos como secuela posquirúrgica.

Conclusiones: El TVI en arteria axilar tras un procedimiento traumatológico es infrecuente, pero si aparece podría tratarse de una situación crítica que requiere procedimientos vasculares de rescate para salvaguardar la extremidad. En este caso se presentó una lesión inciso-contusa sobre la arteria axilar derecha tras el implante de una prótesis de hombro, que se trató con un *bypass* corto de vena cefálica ipsilateral que resultó efectivo.

P 190. ENFERMEDAD POLIANEURISMÁTICA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CHAGAS

Alejandro Herrero Muñoz, Enrique Guerrero González, Álvaro Osorio Ruiz, Cristina Bernal Bernal, Antonio Ricardo Chinchilla Molina
Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Objetivos: Presentar el caso de un paciente con aneurisma de arco aórtico y aneurisma de aorta abdominal con infección por *T. cruzi* como único antecedente. Revisión de la relación entre el Chagas y la patología aórtica.

Material: Se presenta el caso de un varón de 61 años natural de Bolivia, sin antecedentes de interés, que en TC realizado por otro motivo es diagnosticado de aneurisma de arco aórtico. Además, se identifica mediante eco Doppler aneurisma de aorta abdominal. Se solicita estudio por Infecciones para descartar etiología infecciosa. Informan positividad frente a *Trypanosoma cruzi* y negatividad frente a patógenos relacionados con patología aórtica. En un primer tiempo se realiza *bypass* carótido-subclavio izquierdo y embolización de arteria subclavia izquierda; y en un segundo tiempo, sustitución completa del arco y extensión con TEVAR, sin incidencias. Durante el procedimiento y posoperatorio se mantuvo catéter intradural para drenaje de líquido cefalorraquídeo. Pese a ello, presentó paresia de miembros inferiores, realizándose RM con signos dudosos de mielitis isquémica. Además, tras retirada del catéter a los 5 días, el paciente debuta con cuadro de meningitis bacteriana. Con antibioterapia, presentó una favorable evolución neurológica posterior. No presentó complicaciones vasculares en el posoperatorio. Dada la favorable situación clínica durante el seguimiento, y ante el crecimiento paulatino del aneurisma aórtico abdominal, se realiza reparación mediante *bypass* aorto-biilíaco. Desde entonces, el paciente se encuentra en seguimiento con favorable evolución y sin complicaciones de su patología aórtica.

Metodología: Se revisa la literatura relativa al tema.

Resultados: La enfermedad de Chagas se ha relacionado con afectación cardíaca. No obstante, pese a haberse demostrado un aumento en la rigidez de la pared vascular en estos pacientes, no se ha descrito relación con la patología aórtica. En relación al drenaje de líquido cefalorraquídeo, se han descrito múltiples y graves complicaciones asociadas, por lo que su uso en posoperatorio aórtico se recomienda únicamente en casos muy seleccionados.

Conclusiones: La enfermedad de Chagas no afecta a la incidencia ni a la evolución de la patología aórtica y no amerita cambios en la actitud terapéutica.

P 192. ANEURISMA DE ARTERIA ILÍACA COMÚN CON DISECCIÓN DISTAL EN PACIENTE ASINTOMÁTICO

Iván Higuera Jaramillo, Gabriel Inaraja Pérez, Mireia Rallo Romero, Daniela Acuña Paz y Miño, Alejandra Vázquez Tolosa, Luis Esteva Muñoz
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

Objetivos: Examinar la frecuencia y manifestaciones clínicas de las disecciones de la arteria ilíaca a través de un análisis detallado de un caso específico.

Material: La disección aislada de la arteria ilíaca es una condición poco frecuente. La arteria afectada se manifiesta como un aneurisma, siendo su complicación principal la posibilidad de ruptura. En esta presentación, se compartirá un caso específico, detallando sus características y, posteriormente, se explorarán las implicaciones clínicas asociadas.

Metodología: Varón de 64 años de edad, ciclista, que acude a urgencias por dolor lumbar tras caída de bicicleta. Durante la evaluación de extensión, se detecta un aneurisma en la arteria ilíaca común con un proceso de disección asociado, indicando la necesidad de intervención quirúrgica programada para su manejo.

Resultados: Se lleva a cabo de manera programada la resección de un aneurisma disecante en la arteria ilíaca común mediante un abordaje retroperitoneal. La reparación se efectúa con la colocación de una prótesis desde la arteria ilíaca común hasta la hipogástrica y la arteria ilíaca externa. El resultado posoperatorio es satisfactorio, con la preservación de los pulsos distales y hasta el momento, sin complicaciones asociadas.

Conclusiones: La disección aislada de la arteria ilíaca común es una condición poco común, y en algunos casos, la ruptura puede ser su manifestación inicial, destacando la importancia de un diagnóstico temprano. El tratamiento de esta entidad siempre requiere intervención quirúrgica.

P 196. REPARACIÓN ENDOVASCULAR EMERGENTE DEL ISTMO AÓRTICO: 2 CASOS CONSECUTIVOS CON ESTRATEGIAS DIFERENTES

Héctor José Montoya Catalá, Gonzalo González Pérez, Cristóbal Iglesias Iglesias, Mónica Herrero Bernabé, Sandra Hojas Gutiérrez, Ignacio de Loyola Agúndez Gómez
Hospital Universitario de Burgos. Burgos

Objetivos: Presentar los casos de dos pacientes con afectación del istmo aórtico tras un accidente de tráfico intervenidos endovascularmente en un centro de tercer nivel.

Material: Dos pacientes varones, ambos de 73 años, son trasladados por el 112 tras un accidente de tráfico por alcance que inicialmente ingresan en la unidad de cuidados intensivos (UCI) por politraumatismo con sendos traumatismos craneoencefálicos (TCE). Paciente A: dislipemia; linfoma no Hodgkin en remisión y enfermedad diverticular. Paciente B: Hipertensión arterial; diabetes; hiperuricemia; estenosis aórtica y aneurisma de aorta abdominal fuera de rango.

Metodología: *Angio TC de cuerpo urgente:* Paciente A: transección de aorta torácica a nivel del istmo con hematoma mediastínico y disección aórtica tipo B. Vertebral izquierda de nacimiento anómalo en cayado aórtico con disección en su origen. Paciente B: pseudoaneurisma de aorta torácica descendente de 20 mm de diámetro cráneo-caudal. Ambos pacientes precisan una prótesis de 34 mm de diámetro proximal. El paciente A, con sellado en Z2; el B en Z3. Paciente A: abordaje femoral derecho y acceso humeral izquierdo (10 y 8 F, respectivamente). Inicialmente, *stenting* recubierto autoexpandible sobre subclavia izquierda (8 × 59 mm) como chimenea en paralelo sobre prótesis torácica 34 × 34 × 156 mm. Paciente B: monoacceso de arteria femoral común izquierda (24 F) con despliegue de una endoprótesis torácica de 34 × 34 × 100 mm. TEVAR estándar.

Resultados: En ambos casos la imagen radiológica final es satisfactoria, sin endofugas y sin precisar otros tratamientos asociados. Ambos pacientes son trasladados a la UCI para el manejo posoperatorio. Los angio TC de control a las 48 horas muestran correcto posicionamiento de ambas prótesis y en el paciente A permeabilidad de la chimenea. Tras 21 y 24 días en UCI ambos pacientes son trasladados a la planta de Cirugía Vasculuar y, tras 26 días de ingreso en ambos casos, son alta a centros privados para continuar la optimización médica.

Conclusiones: En las reparaciones emergentes del istmo aórtico, la técnica más prevalente por su sencillez, es la oclusión de la arteria subclavia. Sin embargo, la utilización de una chimenea para su preservación es una técnica de recurso rápida y efectiva en casos emergentes manteniendo la permeabilidad de la arteria vertebral en caso de su compromiso hemodinámico.

La revista **Angiología**, ha conseguido un factor de impacto de

0,1

Angiología

2023

Volumen 75. Número 6. Págs. 347-415. Noviembre/Diciembre

- ▶ **Editorial**
347 La Inteligencia artificial en publicaciones
J. A. González Fajardo
- ▶ **Originales**
349 Influencia del estrés oxidativo en la evolución de la aterosclerosis carotídea
Influence of oxidative stress on the progression of carotid atherosclerosis
M. L. del Río Solá, R. Loza-Rodríguez, S. Robre-García, M. Gómez-Benito
362 Estudio prospectivo aleatorizado sobre el impacto del precondicionamiento
isquémico remoto sobre la nefropatía por contraste en pacientes
intervenido de reparación aórtica endovascular
Prospective randomized study on the impact of remote ischemic
preconditioning on contrast induced nephropathy in endovascular aortic
repair patients
D. Gutiérrez Castillo, E. M. San Norberto García, M. J. L. del Río Solá
- ▶ **Artículos Especiales**
Cómo lo hego (How I do it)
373 Optimización de la exploración eco Doppler mediante la manipulación
de los controles del equipo (Knobology): segunda parte
A. B. Arribas Díaz, P. Vela Orús
Metodología Científica para Cirugía Vascular
385 Estudios observacionales analíticos
Analytical observational studies
A. Martín Comejero, M. Alonso García
- ▶ **Casos Clínicos**
391 Distintos escenarios de aneurismas poplíteos rotos
M. Ferrer, L. M. Ferrero, L. Alayó, Ó. Marcelo Dávila, R. La Mura
395 Rotura de aorta abdominal en fibrosis retroperitoneal idiopática
Abdominal aortic rupture in idiopathic retroperitoneal fibrosis
M. Harez, B. Muijogram, R. Becerra, G. F. Andersen
399 Termoblación venosa de extremidad inferior en un paciente con síndrome
de Klippel-Trenaunay
G. A. Bultrón Proaño, J. A. Tituaho Carvajal
- ▶ **Nota Técnica**
403 Todo lo que debes saber sobre tus venas. Consejos para pacientes
con patología venosa
J. A. González Fajardo
- ▶ **Imágenes Clínicas del Mes**
404 Circulación colateral en enfermedad oclusiva aórtica y visceral.
Síndrome de Leriche
S. A. Morcillo Geisstein, M. González Fernández, K. E. Montoya León, R. García Cosío
406 Enfermedad quística adventicial de la arteria poplítea, una causa rara
de claudicación intermitente
A. Muñoz Chimba, G. Nuñez de Arenas Borao, F. Diéguez Ración, J. Moreno Machado
- ▶ **Cartas al Director / Artículos Comentados**
- ▶ **Índice de Autores 2023**

ARAN



Angiología

CÓDIGO QR



ESCANÉAME

ARAN

Guía práctica de medicación parenteral en hemostasia

Guía práctica
de medicación parenteral
en hemostasia

Coordinación
Sonia Herrero Martín

Disponible en:



A lo largo de la carrera profesional del personal médico y de Enfermería, la coagulación ha ido cambiando, como cualquier ciencia viva, tanto en sus teorías como en su diagnóstico, manejo y terapia. Son muchas las disciplinas quirúrgicas y médicas, así como de Enfermería, que pueden llegar a utilizar toda esta terapéutica. Son tantas las herramientas farmacológicas que tenemos a nuestra disposición que resulta difícil tener una visión global de todas ellas. Esta guía intenta ser un apoyo, trata de ofrecer una visión del arsenal terapéutico disponible en situaciones de sangrado o diátesis hemorrágica.

ARÁN

La revista **Angiología,** incluida en SciELO

SciELO es una de las bibliotecas virtuales de revistas científicas más importantes

La inclusión de *Angiología* en esta biblioteca contribuye al desarrollo de la investigación, aumentando la difusión de la producción científica nacional y mejorando y ampliando los medios de publicación y evaluación de sus resultados en formato electrónico.



SciELO

ARÁN