

Angiología

Volumen 77. Suplemento 1. Págs. 1-115

2025

70 CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR

27 - 30 de mayo de 2025
Cádiz



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

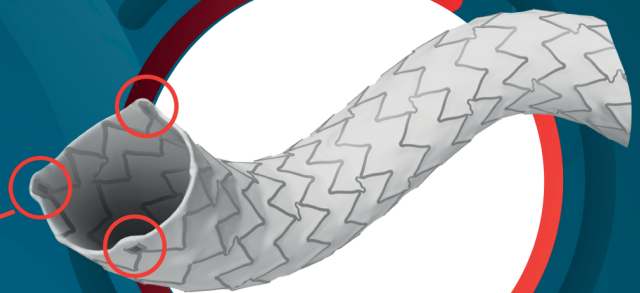


Doble capa de ePTFE

interno y externo.

Visibilidad única

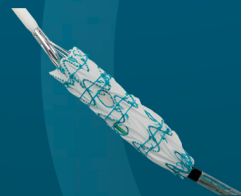
3 marcadores radiopacos de Tantalio en cada extremo.



CoverTech
Tecnología propia para encapsular el stent entre una capa externa y una capa interna de ePTFE

TREO® FEVAR

19 F



Apertura parcial, con sistema de constricción concéntrico:

muy precisa, y fácilmente reposicionable.

Fenestraciones con refuerzo de Nitinol

© Copyright 2025. 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 230,00 € (IVA incluido) -
Instituciones 550 € (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

Angiología

Director/Editor Jefe

Prof. Dr. José Antonio González Fajardo
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid
gonzalezfajardo@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@parcdesalutmar.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
esannorberto@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
josemariascribano.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
slagostera.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
jmmartinp@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 Clinic 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 Vascular. 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)



Fundación de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular

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

Órgano Oficial de las Sociedades Autonómicas/Regionales:

Sociedad de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular de Madrid
Sociedad Andaluza de Angiología y Cirugía Vascular
Sociedad Aragonesa de Angiología y Cirugía Vascular
Sociedad Asturiana de Angiología y Cirugía Vascular y Endovascular
Sociedad Canaria de Angiología y Cirugía Vascular
Sociedad Castellano-Leonesa de Angiología y Cirugía Vascular

Societat Catalana d'Angiologia i Cirurgia Vascular i Endovascular
Sociedad Centro de Angiología y Cirugía Vascular
Sociedade Galega de Anxiologia e Ciruxia Vascular
Sociedad Norte de Angiología y Cirugía Vascular
Sociedad Riojana de Cirugía Vascular
Societat Valenciana d'Angiologia i Cirurgia Vascular
Sociedad Vasco Navarra de Angiología y Cirugía Vascular

70

Congreso SEACV

27 - 30 Mayo 2025

CÁDIZ



SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR

SEDE
Hotel Cádiz Bahía





70 Congreso SEACV

27 - 30 Mayo 2025
CÁDIZ

www.seacv.es

www.congresos-seacv.es

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 Continua

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

M.^a Isabel Badell Fabelo

COMITÉ CIENTÍFICO

Laura Rodríguez

Jesús Álvarez

Juan Fité Matamoros

Luis Riera del Moral

Patricia Rodríguez

Noelia Cenizo Revuelta

Paco Manresa

Álvaro Torres Blanco

COMITÉ ORGANIZADOR LOCAL

Manuel Rodríguez Piñero

Felipe N. Arribas Aguilar

Esther Doiz Artázcoz

Antonella Craven-Bartle Coll

Rosario Conejero Gómez

Emilio García Turrillo

Laura Romero Vázquez

Marina Navarro Garré

Cristián E. Viñán Robalino

Francisco Javier Pérez Ruiz

Fernando Uriza Caro

Sumario

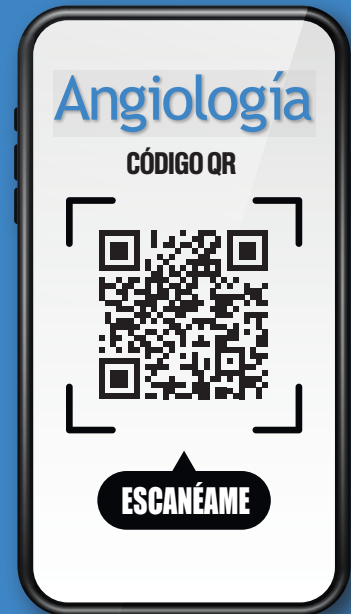
Vol. 77 Supl. 1

COMUNICACIONES ORALES	1
PANELES	56
E-POSTERS	80

Sumario

La revista **Angiología**, ha conseguido un factor de impacto de

0,1





COMUNICACIONES ORALES

CO 46. ESTUDIO PROSPECTIVO SOBRE LA UTILIDAD Y RESULTADOS DE PERMEABILIDAD DEL IVUS INTRAQUIRÚRGICO EN EL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LA ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA DE MIEMBROS INFERIORES (MMII)

Roxana Elena Goran, Amaia Echaide Artieda, José Miguel Zaragoza García, Patricia Susana Ramírez González, Inmaculada Martínez Perelló, Francisco Gómez Palonés

Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia

Objetivos: *Primario:* analizar la influencia del IVUS (ultrasonografía intravascular) intraoperatoria en la elección del procedimiento endovascular. *Secundario:* comparar los resultados de permeabilidad a corto-medio plazo con la arteriografía aislada.

Material: Ensayo clínico aleatorizado que analiza los procedimientos endovasculares en pacientes con arteriopatía periférica de MMII.

Metodología: Mediante aleatorización simple se asignan los pacientes al grupo tratado en base a las imágenes del IVUS o grupo control tratado en base a la arteriografía aislada, y se comparan resultados de permeabilidad, TVR (*target vessel revascularization*), TLR (*target lesion revascularization*), TlimbR (*target limb revascularization*), y tasa de amputación mayor. Adicionalmente, en el grupo IVUS se analiza: identificación y caracterización de lesiones, indicación del tipo de técnica endovascular, dimensiones de los dispositivos, identificación de lesiones residuales significativas y éxito técnico, comparado con la arteriografía simple intraquirúrgica.

Resultados: En el grupo IVUS se han realizado 32 procedimientos (27 pacientes), edad media 71,3 años, 55,5 % hombres. El 56,3 % de las lesiones eran estenosis y 43,7 % oclusiones, siendo un 53,1 % TASC D y 56,3 % GLASS 3. En el grupo

control se han analizado 33 pacientes, edad media 70,3 años, 81,8 % hombres. Distribución de los FRCV, tipo de lesiones, sectores tratados y clasificación TASC y GLASS similar al grupo IVUS ($p > 0,05$). El IVUS intraoperatorio condicionó un cambio de estrategia terapéutica en 72 % de los casos (22 % cambio de tipo de dispositivo, 78 % cambio de dimensiones), y permitió identificar un 28,1 % de lesiones residuales significativas, frente al 6,2 % de la arteriografía, con un éxito técnico del 100 %. Se registran permeabilidades primaria y primaria asistida del 95 % y secundaria del 100 % a los siete meses en el grupo tratado en base al IVUS, frente al 80 %, 80 % y 90 % respectivamente en el grupo control. Con tasas de TVR del 0 vs. 18,2 % ($p < 0,05$), TLR 3,1 vs. 21,2 % ($p < 0,05$) y TlimbR 0 vs. 6,1 % ($p > 0,05$), y tasas de amputación mayor de 0 vs. 6,1 % ($p > 0,05$) (IVUS vs. control).

Conclusiones: El uso intraoperatorio del IVUS aporta información esencial sobre las características del vaso y la lesión a tratar frente a la arteriografía aislada, apoyando la toma de decisiones en el tipo y características del dispositivo a emplear en el tratamiento endovascular de la arteriopatía periférica, condicionando una mejora en las tasas de permeabilidad y reintervención a corto-medio plazo.

CO 216. PROPUESTA DE microARN COMO BIOMARCADORES EPIGENÉTICOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y ESTRATIFICACIÓN CLÍNICA EN LA ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA

Vicente Molina Nácher¹, José Luis García Jiménez², Ignacio Blanes Mompó³, Federico Vicente Pallardó Calatayud²

¹Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

²Universitat de València. Valencia. ³Hospital General Universitario de Valencia. Valencia

Objetivos: A pesar de los avances en el tratamiento de la enfermedad arterial periférica (EAP), ac-

tualmente no existen biomarcadores fiables para el diagnóstico, la estratificación o el manejo clínico de estos pacientes. Los microARNs han emergido como potenciales biomarcadores epigenéticos, dados sus roles en la regulación de procesos arterioscleróticos. Este estudio tiene como objetivo identificar microARNs diferencialmente expresados en pacientes con EAP, estratificándolos según su manifestación clínica (claudicación intermitente [CI] y/o isquemia crónica con amenaza de extremidad [ICAE]) frente a pacientes controles, para su validación en la práctica clínica.

Material: Muestra de 85 pacientes con EAP infrainguinal estratificados en 3 grupos: controles, pacientes CI y pacientes ICAE. Para la detección de microARNs se utilizaron muestras de plasma de los pacientes. Para la recogida de variables clínicas y demográficas se utilizó un formulario de recogida de datos protocolizado. Para valorar la severidad y extensión de la EAP se realizaron pruebas hemodinámicas (índice tobillo brazo y presiones digitales) y ecografía Doppler arterial infrainguinal.

Metodología: Estudio prospectivo a dos años. La muestra biológica se tomó en la visita inicial. Visitas sucesivas cada 6 meses para reexploración y valorar eventos cardiovasculares (infarto de miocardio, ictus, muerte, progresión de la EAP, amputación...). La expresión de microARNs en plasma se analizó mediante secuenciación de nueva generación (small-Seq). Se utilizó el *software* edgeR para identificar los microARNs diferencialmente expresados entre los grupos.

Resultados: Se identificaron varios microARNs diferencialmente expresados entre los grupos clínicos. El hsa-miR-4745-5p, hsa-miR-133a-3p y hsa-miR-3909 presentaron subexpresión significativa en pacientes con EAP, en comparación con los controles ($p < 0,001$). El microARN hsa-miR-4743-5p mostró sobreexpresión en pacientes que progresan hacia ICAE, lo que sugiere su utilidad en la estratificación del riesgo clínico. Se definieron 5 microARNs candidatos para su validación, basados en su capacidad para el diagnóstico y la estratificación clínica: miR-133a-3p, miR-4743-5p, miR-4745-5p, miR-3909 y miR-184.

Conclusiones: La identificación de microARNs asociados a la EAP y su estratificación según manifestación clínica constituye un enfoque novedoso y prometedor para mejorar el manejo clínico de estos pacientes. La validación de estos miARNs podría optimizar las decisiones terapéuticas y predecir la progresión de la enfermedad, favoreciendo un tratamiento más personalizado.

CO 230. IMPACTO DE LA REVASCULARIZACIÓN ENDOVASCULAR DE MIEMBROS INFERIORES MEDIANTE APLICACIÓN DE LA TECNOLOGÍA SMART PERFUSION

Jennifer Díaz Cruz, Alejandro González García, Ciro Baeza Bermejillo, Ana Begoña Arribas Díaz, César Aparicio Martínez
*Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.
Madrid*

Objetivos: La enfermedad arterial periférica (EAP) de las extremidades inferiores tiene una prevalencia global del 4,5 % al 29 %, afectando a más del 20 % de las personas mayores de 75 años. En pacientes con isquemia crítica, la angioplastia endovascular de las arterias de los miembros inferiores se considera la primera línea terapéutica en numerosos casos. No obstante, esta técnica proporciona información exclusivamente anatómica de la macrocirculación, sin evaluar adecuadamente la microcirculación, cuya afectación es particularmente relevante en la enfermedad arterial diabética.

Material: La angiografía por perfusión bidimensional (2DP) es una nueva técnica de imagen basada en rayos X que analiza las curvas tiempo-densidad generadas durante la administración de contraste. Mediante el desplazamiento del medio de contraste a través de una región de interés (ROI), el *software* 2DP cuantifica la densidad de píxeles y la intensidad de la señal, permitiendo la obtención de parámetros cuantitativos como el tiempo de llegada (AT), el tiempo hasta la densidad máxima de la señal (TTP) y el área bajo la curva (AUC).

Metodología: Se trata de un estudio de cohortes prospectivo realizado en nuestro centro. Durante un período de 12 meses, se incluyeron 45 pacientes consecutivos con enfermedad arterial infrapoplítea (BTK) sometidos a tratamiento endovascular.

Resultados: La edad media de la cohorte fue de 72 años, con un 72 % de varones. El 93 % de los pacientes presentaban isquemia crítica en categorías 5 y 6 de Rutherford, mientras que solo tres pacientes experimentaban dolor de reposo previo a la intervención. Tras la revascularización, se observó una mejoría media del AT de 4,12 segundos, del TTP de 2,35 segundos y del AUC de 8281 unidades. Además, se evidenció una mejoría significativa en la clasificación Wifl y en la categoría de Rutherford en aquellos pacientes con AT < 8 segundos, sugiriendo que este parámetro podría tener un valor predictivo elevado.

Conclusiones: Un AT < 8 segundos podría constituir un marcador intraoperatorio clave para predecir la evolución clínica, correlacionándose con una mayor tasa de cicatrización de úlceras y una supervivencia libre de amputación en pacientes con isquemia crítica.

CO 41. SEGMENTACIÓN DE IMÁGENES DE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA CON CONTRASTE PRE- Y POSOPERATORIAS EN PACIENTES CON REPARACIÓN ENDOVASCULAR DE AORTA ABDOMINAL MEDIANTE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Xavier Tenezaca Sari¹, Xavier Faner Capó¹, Lydia Dux-Santoy², Andrea Guala², Sergi Bellmunt Montoya¹, Juan Garrido-Oliver^{2,3}

¹Departamento de Angiología, Cirugía vascular y Endovascular. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. ²Vall d'Hebron Institut de Recerca. Barcelona.

³Departamento de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona

Objetivos: El análisis geométrico de la aorta es necesario para la planificación de la reparación endovascular de la aorta abdominal (EVAR) y podría

desempeñar un papel clave en la predicción de eventos a largo plazo, una necesidad que permanece no resuelta. El objetivo es demostrar la viabilidad del uso de algoritmos de inteligencia artificial para la segmentación automática de la aorta y del trombo en imágenes de tomografía computarizada (TAC) con contraste preoperatorias y posoperatorias, reduciendo sesgos entre observadores.

Material: Se extrajeron retrospectivamente imágenes de TAC preoperatorias y posoperatorias de 89 pacientes sometidos a EVAR por aneurismas infrarrenales de aorta abdominal con configuración no aorto-uni-ilíaca.

Metodología: Dos cirujanos endovasculares y un investigador experto en imagen cardiovascular segmentaron manualmente la luz aórtica y el trombo en las imágenes preoperatorias. En las imágenes posoperatorias, se anotaron el interior de la prótesis y la parte de la aorta excluida por la prótesis. Se entrenaron dos redes neuronales convolucionales, una para las imágenes de TAC preoperatorias y otra para las posoperatorias, utilizando una red llamada nnU-Net. Los datos se dividieron en 75 pacientes para entrenamiento de los algoritmos y 14 para test. Para evaluar la calidad de la segmentación automática frente a manual se usaron dos métricas: el Dice Score (DS) y el 95 percentil de la distancia de Hausdorff (HD).

Resultados: De media la segmentación automática tardó 2.7 minutos para las imágenes de TAC preoperatorias y 3.1 minutos para las posoperatorias. Se obtuvieron valores óptimos de DS y HD en el lumen aórtico preoperatorio (0.93 [0.907-0.938]; 2.8 [2.0-4.3] mm), el trombo (0.882 [0.847-0.903]; 6.7 [2.4-9.1] mm) y en la aorta excluida por la prótesis en las imágenes posoperatorias (0.900 [0.790-0.918]; 6.6 [2.4-11.7] mm), mientras que se lograron valores aceptables en la segmentación del interior de la prótesis (0.824 [0.770-0.860]; 15.0 [6.6-27.7] mm).

Conclusiones: La segmentación automática de la aorta en imágenes de TAC pre- y posoperatorias mediante algoritmos de inteligencia artificial es factible y rápida, permitiendo un análisis geométrico con menor dependencia del observador.

CO 191. IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO ERAS (ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY) EN CIRUGÍA DEL ANEURISMA ABDOMINAL: EXPERIENCIA A 3,5 AÑOS

Regina Callejón Baño, Carolina Herranz Pinilla, Malka Huici Sánchez
Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Objetivos: Analizar los resultados obtenidos tras la implementación del protocolo ERAS en pacientes intervenidos por aneurisma de aorta abdominal (AAA).

Material: Estudio analítico observacional de una base de datos recopilada prospectivamente en el servicio de Cirugía Vascular de un hospital terciario.

Metodología: Se formó un equipo multidisciplinar para desarrollar un protocolo ERAS. Se implementó en el año 2021 en pacientes con AAA con acciones en las fases pre, intra y posoperatorias, según las recomendaciones de la ERAS Society. Se incluyeron pacientes intervenidos de forma electiva mediante cirugía abierta (CA) y endovascular (EVAR) de julio/2021 a diciembre/2024. Se registran: actuaciones en optimización pre e intraoperatorias, complicaciones (clasificación Clavien-Dindo) y transfusiones en el posoperatorio, estancia media y mortalidad a los 30 días.

Resultados: Fueron incluidos 209 pacientes (92 en CA y 117 en EVAR). La mayoría fueron hombres (97,6 %) con una edad media de 72,2 años (44-90). Actuaciones en el preoperatorio: deshabituación tabáquica en 58 (27 %) pacientes (39 CA; 19 EVAR); riesgo nutricional en 13 (6,2 %) (3 CA; 10 EVAR); 5 (2,4 %) derivados a trabajo social (3 CA; 2 EVAR) y 12 (5,7 %) a Geriátrica por fragilidad/deterioro cognitivo (3 CA; 9 EVAR). La anemia preoperatoria fue optimizada mediante hierro endovenoso en 17 (8,1 %) pacientes (2 CA; 15 EVAR). Intraoperatoriamente, en CA se utilizó Cell Saver en el 98,9 % de los casos, (recuperado y trasfundido de media 407 cc; rango 0-1300). En EVAR, el abordaje percutáneo bilateral fue del 83,8 %. Durante el periodo posoperatorio requirieron

transfusión 20 casos (9,5 %) (18 CA; 2 EVAR). La estancia media de los pacientes fue 7,3 días (3-31) para CA y 2,6 días (2-9) para EVAR, lo que significa una reducción respecto al mismo periodo previo a ERAS (9,05 CA y 3,5 EVAR). El 22 % de los pacientes CA presentaron complicaciones, la mayoría Clavien Dindo 2 (47,6 %), y el 7,6 % de los EVAR, la mayoría Clavien Dindo 1-2 (77,5 %). No ha habido mortalidad a 30 días en ninguno de los grupos.

Conclusiones: Los programas ERAS protocolizan el proceso asistencial desde la inclusión en lista de espera del paciente, para ayudar a optimizarlo de cara a la cirugía y con la intención de disminuir estancia hospitalaria, complicaciones y transfusiones posoperatorias.

CO 56. EL PARICALCITOL TIENE UN POTENTE EFECTO ANTIINFLAMATORIO EN LA HIPERPLASIA ÍNTIMA INDUCIDA POR DENUDACIÓN ENDOTELIAL EN RATAS

Ciro Baeza Bermejillo, Jennifer Díaz Cruz, César Aparicio Martínez
Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid

Objetivos: La hiperplasia neointimal es la principal causa de fallo de los injertos vasculares a medio plazo. El receptor de vitamina D modula la biología de las células del músculo liso vascular y se ha informado que protege contra la hiperplasia neointimal. Los mecanismos moleculares involucrados aún no se comprenden completamente. Exploramos el impacto del activador selectivo del receptor de vitamina D, paricalcitol, en la hiperplasia neointimal tras una lesión endotelial inducida por una guía en ratas, y hemos evaluado el efecto del paricalcitol o un vehículo sobre la expresión de factores de estrés celular.

Material: Se utilizaron ratas Wistar Kyoto hembra, divididas en dos grupos ($n = 5$): uno tratado con paricalcitol y otro con vehículo. Se realizó denudación endotelial en la arteria femoral mediante un alambre-guía, utilizando la arteria contralateral como control.

Metodología: Se realizó extracción de los vasos femorales para estudios histomorfométricos, inmunohistoquímicos y de expresión génica. Se midió la hiperplasia neointimal, el área luminal y la relación íntima/media. La expresión de GDF-15, CD74, NIK y MCP-1 se analizó mediante PCR cuantitativa. Se emplearon pruebas estadísticas paramétricas y no paramétricas, considerando significativo un valor de $p < 0.05$.

Resultados: La lesión endotelial provocó hiperplasia neointimal y estenosis luminal, además de aumentar la expresión del factor de crecimiento/diferenciación 15 (GDF-15), el receptor de citocinas CD74, la quinasa inductora de NFκB (NIK, un regulador ascendente del factor de transcripción proinflamatorio NFκB) y la quimiocina MCP-1/CCL2 (proteína quimioatrayente de monocitos-1). El análisis por inmunohistoquímica confirmó la sobreexpresión de las proteínas celulares CD74 y NIK. El paricalcitol tuvo un impacto no significativo sobre la hiperplasia neointimal y la estenosis luminal. Redujo significativamente la expresión de los ARNm de GDF-15, CD74, NIK y MCP-1/CCL2, manteniéndola en niveles comparables a los de las arterias control tratadas con vehículo sin lesión.

Conclusiones: El paricalcitol tuvo un efecto notable suprimiendo la respuesta de estrés tras la lesión endotelial inducida por alambre-guía, a pesar de su impacto limitado en la hiperplasia neointimal y la estenosis luminal. Esta observación identifica nuevos objetivos moleculares del paricalcitol en el sistema vascular, cuya expresión diferencial no puede justificarse únicamente como consecuencia de una mejora en la lesión tisular.

CO 57. NIK ES UN MEDIADOR DE LA INFLAMACIÓN Y LA HIPERPLASIA INTIMAL EN LA LESIÓN VASCULAR INDUCIDA POR DENUDACIÓN ENDOTELIAL

Ciro Baeza Bermejillo, Jennifer Díaz Cruz, César Aparicio Martínez
Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid

Objetivos: La hiperplasia intimal es la principal causa de fallo de los injertos vasculares a medio plazo. El factor de transcripción NFκB es un mediador clave de la inflamación en la hiperplasia neointimal tras lesión endotelial, pero sus mecanismos de activación no están completamente esclarecidos. NFκB puede activarse mediante vías canónica (transitoria) y no canónica (persistente), siendo la quinasa inductora de NFκB (NIK, MAP3K14) la principal reguladora de esta última. Este estudio evalúa el impacto de la deficiencia de NIK en la inflamación vascular y la hiperplasia neointimal tras lesión endotelial en un modelo murino.

Material: Se utilizaron ratones NIK^{aly/aly} con actividad deficiente de NIK y ratones NIK^{+/+} como controles ($n = 4-6$ por grupo). Se realizó denudación endotelial en la arteria femoral común mediante un alambre-guía, con la arteria contralateral como control.

Metodología: Tras 14 días, se evaluó la hiperplasia neointimal y la inflamación vascular mediante histomorfometría, inmunohistoquímica y análisis de expresión génica por PCR en tiempo real. Se midieron la infiltración de macrófagos F4/80⁺, la expresión de NIK, MCP-1 y RANTES, y los niveles plasmáticos de MCP-1 mediante ELISA. Se realizaron análisis estadísticos con un umbral de significación de $p < 0.05$.

Resultados: La lesión endotelial indujo hiperplasia neointimal, estenosis luminal e incremento en la expresión de NIK y las quimiocinas MCP-1 y RANTES en ratones NIK^{+/+}. Se observó infiltración de macrófagos F4/80⁺ en la íntima y media arterial. Los ratones NIK^{aly/aly} presentaron menor hiperplasia neointimal, estenosis y expresión de MCP-1 y RANTES, con una infiltración de macrófagos más leve. Además, mostraron niveles plasmáticos reducidos de MCP-1, reflejando una menor inflamación sistémica.

Conclusiones: NIK es un impulsor clave de la inflamación vascular y la estenosis tras lesión endotelial. Su inhibición reduce la inflamación local y sistémica, así como la hiperplasia neointimal, identificándolo como una posible diana terapéutica para prevenir la estenosis arterial poslesión.

CO 106. MORTALIDAD EN LA REPARACIÓN DE ANEURISMAS DE AORTA ABDOMINAL ROTOS TRANSFERIDOS FRENTE A NO-TRANSFERIDOS: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

Xavier Faner Capó, Claudia Daniela Sosa Arangu-ren, Diego Juárez Enríquez, Álvaro Salinas Cánovas, Anna Gené Mola, Sergi Bellmunt Montoya
Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

Objetivos: Evaluar las diferencias en la mortalidad de pacientes con aneurisma de aorta abdominal roto (AAAr) intervenidos de manera primaria en el hospital de referencia en comparación con los transferidos desde otros centros.

Material: Se realizó una revisión sistemática y metaanálisis de estudios publicados hasta agosto de 2024 en las bases de datos PubMed, Embase, Cochrane y Web of Science, que analizaron la mortalidad en pacientes con AAAr transferidos frente a no transferidos

Metodología: El metaanálisis fue conducido conforme a las directrices PRISMA, sin restricciones geográficas ni de año de publicación. Se evaluaron diferencias de mortalidad operatoria de ambos grupos, así como de la mortalidad total (incluyendo pacientes operados y no operados) en aquellos estudios con información disponible. Se analizaron variables demográficas como edad, sexo y comorbilidades principales. Para estimar la mortalidad se utilizó un modelo de efectos aleatorios, y se realizó un análisis de meta-regresión para explorar el impacto de los factores determinantes.

Resultados: Se incluyeron 18 estudios publicados entre 1996 y 2023, siendo el 50 % americanos. Se obtuvieron datos de 21,549 pacientes operados (78,8 % hombres), de los cuales 3,701 (17,17 %) pertenecían al grupo de transferidos y 17,848 (82,82 %) al grupo de no transferidos. El odds *ratio* (OR) para la mortalidad operatoria favoreció al grupo de transferidos, pero sin diferencias estadísticamente significativas, con un OR de 0,87 (IC 95 % 0,71-1,072) ($p = ??$), con una heterogeneidad (I²) del 57 % (IC 95 % 27,2-74,6) ($p = 0,002$). Solo 7 estudios proporcionaron datos sobre mortalidad total, con un OR de 0,823 (IC 95 %

0,36-1,87) a favor del grupo transferido, con una heterogeneidad (I²) del 96,7 % (IC 95 % 94,9-97,8) ($p < 0,001$). Los estudios asiáticos mostraron una mortalidad operatoria mayor en el grupo transferido en comparación con el resto de continentes (OR 3,1 vs. OR < 1, $p = 0,006$). Se observó una tendencia hacia una menor mortalidad operatoria en el grupo de transferidos en estudios más recientes, aunque sin alcanzar significancia estadística ($p = 0,080$).

Conclusiones: No se encontraron diferencias significativas en la mortalidad operatoria ni en la mortalidad total entre pacientes transferidos y no transferidos con AAAr, aunque cabe considerar la alta heterogeneidad entre los estudios y posibles variaciones geográficas y temporales.

CO 235. PROYECTO ILER-CAROTID: ANÁLISIS NO DIRIGIDO DE BIOMARCADORES PLASMÁTICOS EN ESTENOSIS CAROTÍDEA

Núria Torreguitart Mirada¹, Cristina Pereira Priego², Diego Gómez Arbeláez¹, Angel Xavier Tenezaca Sari¹, Gloria Arque Fuste², Francisco Purroy García¹
¹Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida. ²Institut de Recerca Biomèdica de Lleida. Lleida

Objetivos: A nivel mundial hay unos 7,6 millones de ictus isquémicos cada año y la presencia de una placa de ateroma en la bifurcación carotídea es una de sus principales causas. Existe un grupo de pacientes con estenosis carotídea asintomática (ECA) que presentan signos de vulnerabilidad, aunque, actualmente, son difíciles de diagnosticar. Nuestro objetivo fue determinar biomarcadores metabólicos y lipídicos plasmáticos relacionados con la sintomatología y con características ecográficas de placa vulnerable.

Material: Serie de casos consecutiva y prospectiva de sujetos con estenosis carotídea > 50 % sintomática y > 70 % asintomática intervenidos (endarterectomía clásica con *shunt* o *stent* vía femoral) entre octubre-2014 y octubre-2022. Sistema Agilent 1290LC con 4088 moléculas.

Metodología: Se registraron variables demográficas, clínicas y ecográficas. Se realiza un análisis no-dirigido metabolómico y lipidómico de biomarcadores plasmáticos comparando pacientes con EC sintomática vs. ECA y pacientes con placa vulnerable ecográfica según la clasificación Gray-Weale (PV) vs. placa no vulnerable (PNV). Análisis estadístico con test no paramétricos i FDR (*false discovery rate*) < 0,05.

Resultados: Se analizaron 172 pacientes: 78 (45,3 %) con ECS vs. 94 (54,7 %) con ECA y 66 (39,5 %) con PV vs. 101 (60,5 %) con PNV. Los pacientes con ECA presentaban más dislipemia (93,6 % vs. 82,1 %, $p = 0,018$), enfermedad arterial periférica (31,9 % vs. 10,3 %, $p < 0,001$) y menor edad (67,8 (DE 8,3) vs. 70,6 (DE 10,6), $p = 0,058$). En función de la sintomatología, el estudio del perfil metabolómico y lipidómico identificó 28 lípidos y 25 metabolitos expresados diferencialmente en el análisis no-paramétrico, FDR < 0,05.

Los pacientes con PNV presentaban más comorbilidades ateroscleróticas: dislipemia (95 % vs. 80,3 %, $p = 0,003$), enfermedad arterial periférica (33,7 % vs. 6,1 %, $p < 0,001$), cardiopatía isquémica (24,8 % vs. 6,1 %, $p = 0,002$), ictus previo (35,6 % vs. 22,7 %, $p = 0,073$) y hipertensión arterial (85,1 % vs. 74,2 %, $p = 0,080$). En función de la vulnerabilidad ecográfica, el estudio del perfil ómico no encontró ninguna molécula que se expresara diferencialmente.

Conclusiones: Hemos descrito un perfil ómico diferencial en función de la sintomatología, pero no hemos hallado diferencias en función de la vulnerabilidad de la placa según la clasificación de Gray-Weale. Las líneas de futuro son identificar estos lípidos y metabolitos para validar los resultados en una cohorte multicéntrica y, así, plantear estrategias terapéuticas.

CO 113. IMPACTO DE LA REGRESIÓN DEL SACO ANEURISMÁTICO AL AÑO EN PACIENTES INTERVENIDOS MEDIANTE REPARACIÓN DE AORTA ENDOVASCULAR CON PRÓTESIS FENESTRADA (FEVAR) SOBRE LA SUPERVIVENCIA A MEDIO Y LARGO PLAZO

Patricia Ramírez González, Carlos Paz Pérez, Rodrigo Pelayo Yoldi Martín-Calpena, Ignacio Crespo Moreno, Amaia Echaide Artieda
Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia

Objetivos: *Objetivo primario:* determinar si existe relación entre la reducción del saco aneurismático al año de la intervención en pacientes sometidos a FEVAR y la supervivencia. *Objetivos secundarios:* analizar la relación entre esta reducción del saco aneurismático y la tasa de reintervención quirúrgica relacionada con la aorta (RRA), así como ruptura de aneurisma aórtico (RAA) y mortalidad relacionada con la aorta (MRA).

Material: Estudio retrospectivo unicéntrico, incluyendo pacientes intervenidos mediante FEVAR (2013-2024). Se analiza el angio-TC posoperatorio y al año, empleando la línea central del lumen en cortes perpendiculares a la misma para la medición del diámetro máximo del aneurisma.

Metodología: Se clasifican en dos grupos:

- *Grupo 1 (G1):* regresión del saco al año (disminución del diámetro máximo del saco ≥ 5 mm).
- *Grupo 2 (G2):* aquellos sin regresión (reducción de < 5 mm o aumento). Se comparan ambos grupos demográficamente y se analizan las variables a estudio mediante curvas de Kaplan-Meier.

Resultados: Se incluyen 77 pacientes (94,8 % varones, media de edad 72 años) de los cuales 35 (45,5 %) pertenecen al G1 y 42 al G2 (54,5 %). Ambos grupos son comparables en cuanto a variables demográficas. La mediana de seguimiento fue de 55 meses (r :12-176). La supervivencia al año, 3 y 5 años fue del 100 %, 94 % y 83 % para el G1 y del 100 %, 84 % y 71 % para el G2, siendo estadísticamente significativo ($p = 0,04$). La RRA al año, 3 y 5 años fue del 6 %, 14 % y 14 % en el G1 y del 15 %, 26 % y 26 % en el G2 ($p = 0,179$). La incidencia acumulada a 5 años de RAA y MRA fue del 1,2 % ($n = 1$) y 1,2 % ($n = 1$) en el G1 y del 1,2 % ($n = 1$) y 1,2 % ($n = 1$) en el G2, respectivamente, con $p = 0,6$ respecto a RAA y $p = 0,38$ respecto a MRA.

Conclusiones: La reducción del saco aneurismático al año tras FEVAR se asocia a una mayor supervivencia y menor RRA. La baja incidencia de ARM y AAR puede convertir a la regresión del saco en un marcador de mortalidad a medio y largo plazo.

CO 182. EVERSIÓN CON SOLAPAMIENTO INTERNO Y BALÓN ENDOLUMINAL (ESIBE). UNA NUEVA TÉCNICA PARA LA REPARACIÓN ABIERTA DE ANEURISMAS YUXTARRENALES

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

Objetivos: La proliferación del uso de FEVAR y BEVAR en aneurismas de aorta abdominal (AAA) yuxtarenal y el abuso de EVAR sin garantías de un anclaje proximal suficiente se asocia con un incremento del coste y elevada tasa de complicaciones, respectivamente. Proponemos una modificación de la técnica clásica de anastomosis proximal durante la reparación abierta del AAA (RAAA) basada en la eversión de la porción proximal del injerto e inclusión con solapamiento interno, asociado a la oclusión con balón endoluminal (ESIBE). Valorar la viabilidad y resultados preliminares de una nueva técnica de anastomosis proximal en la RAAA de AAA yuxtarenales con clampaje mediante balón intraaórtico proximal. Y adaptar dicha técnica a un sistema de sutura semiautomática de aplicación laparoscópica.

Material: Pacientes con AAA yuxtarenal (longitud de cuello < 1,5 cm) considerados aptos para RAAA.

Metodología: Se recogieron variables anatómicas relacionadas con el aneurisma (diámetro máximo, diámetro y longitud del cuello), comorbilidades, intraoperatorias (tiempo de clampaje, tiempo de sutura y pérdida hemática), y analíticas (función renal y hepática preingreso, valores máximos y al alta).

Resultados: Se intervinieron 14 pacientes con una edad media de 71.4 ± 4.5 años. El tiempo me-

dio de clampaje fue de $29 \pm 7,2$ min y el de sutura de $24,7 \pm 6,1$ min. No se detectaron fugas tras el desclampaje excepto en dos casos que se repararon sin necesidad de nueva oclusión. En 6 pacientes se observó una elevación transitoria de la creatinina (Crea) > 50 % con retorno a los valores basales antes del alta (Crea pre $1,03 \pm 0,8$ mg/dl; creatinina post $1,10 \pm 0,73$ mg/dl). En tres pacientes se observó un aumento transitorio de GOT/GPT con recuperación al alta en 2 y a las 5 semanas en otro. La pérdida estimada de sangre fue de $833,7 \pm 580,1$ ml. La estancia media fue de 10.9 ± 5.6 días. No se produjeron complicaciones posoperatorias mayores, salvo un caso de pielonefritis no relacionada con el AAA.

Conclusiones: La técnica ESIBE puede ser una alternativa segura y eficaz en la RAAA yuxtarenales. Además, este método se ha incorporado en el diseño de un dispositivo de sutura semiautomática de uso laparoscópico patentado como modelo de utilidad U202132499.

CO 62. UTILIDAD DEL ULTRASONIDO INTRAVASCULAR EN EL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LA ISQUEMIA ARTERIAL CRÓNICA DE MIEMBROS INFERIORES

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

Objetivos: Comparar los resultados clínicos perioperatorios en pacientes con isquemia arterial crónica de miembros inferiores (SIC) entre el tratamiento endovascular (TEV) asistido con IVUS (TEV-IVUS) con el TEV realizado solo con arteriografía (TEVconv).

Material: Pacientes con SIC intervenidos de cirugía de resvascularización con TEV asistido con IVUS o solo con arteriografía entre 2019 y 2024. Treinta casos en cada grupo.

Metodología: Estudio retrospectivo unicéntrico. Selección consecutiva de casos asistidos mediante IVUS, y selección aleatorizada de casos del grupo guiado mediante arteriografía.

Resultados: No se detectaron diferencias en cuanto a demográficos ni comorbilidades. En el grupo TEVconv hubo 28 (93,3 %) pacientes con Rutherford grado IV y en el TEV-IVUS 20 (66,7 %) ($p = 0.018$). La mejoría del ITB fue significativamente mayor en el grupo TEV-IVUS (+ 0.35 [0.15-0.57] vs. + 0.26 [0.06-0.4]; $p = 0,0498$). En un 53,3 % ($n = 16$) de los casos, el TEV-IVUS identificó hallazgos no observados por la arteriografía: 9 disecciones, 2 estenosis residuales y una subexpansión del *stent*. En 4 casos asistió a la recanalización. El *ratio* entre la lesión tratada y el balón utilizado fue menor en el grupo TEV-IVUS (1.2 [1.05-1.36] vs. 1.5 [1.15-3.25]; $p = 0.08815$), aunque sin ser significativo. Las dosis de contraste empleado (130 ± 74.3 vs. 102 ± 62.6 mL; $p = 0.1926$) y radiación (2953 [1083-4266] vs. 2009 [797-2591] mgym²; $p = 0.3437$) fueron menores en el grupo TEV-IVUS, aunque no fue estadísticamente significativo. No se observaron diferencias significativas en éxito técnico, número de complicaciones, tasas de permeabilidad, amputaciones ni mortalidad.

Conclusiones: El IVUS mejora la precisión en el TEV de pacientes con SIC, detectando lesiones y complicaciones que pasan desapercibidas con el TEV convencional. No obstante, su impacto en la eficacia, la durabilidad y costes requiere estudios adicionales.

CO 116. USO DE DRUG ELUTING STENT A NIVEL INFRAPOPLÍTEO: ¿JUSTIFICAN LOS RESULTADOS UN CAMBIO EN EL USO DE DRUG ELUTING STENT DE RESCATE A IMPLANTE PRIMARIO?

Elena Herrero Martínez, Francisco Javier Martínez Gámez, Almudena Cañete Funez, Alvaro Cortés Soler, María García Domínguez
Hospital Universitario de Jaén. Jaén

Objetivos: Analizar nuestra experiencia con Cre8BTK DES, independientemente de cualquier otra terapia adicional, para evaluar su eficacia y seguridad en pacientes con isquemia crítica.

Material: Estudio prospectivo unicéntrico, que incluye 57 pacientes desde junio 2022 a junio 2024, incluidos en la base de datos de la SACVA.

Metodología: Datos analizados mediante el *software* IBM SPSS statistics. *Objetivo primario:* analizar tasa de permeabilidad primaria y supervivencia libre de amputación mayor a 6 y 12 meses (seguimiento clínico y con eco-Doppler). *Objetivo secundario:* analizar interacción permeabilidad-amputación y tasa de mortalidad a 12 meses.

Resultados: Media de edad fue 72,82 años. El 84,2 % fueron varones y el 82,5 % de los pacientes presentaban DM. En cuanto a clasificación de la isquemia, el 24,6 % presentaban una clase III de Fontaine y el 68,4 % clase IV. El 64,9 % clase 5 de Rutherford, 24,6 % clase 4 y 3,5 % clase 6, que supone que un 93 % de los pacientes presentaban isquemia crítica. Anatómicamente, el 59,6 % presentaban un componente inframaleolar P1 y GLASS Stage grado III el 61,4 %. En el 47,4 % de pacientes se trató la arteria tibial anterior y se usó un único *stent* en el 66,7 %. La tasa de permeabilidad primaria global del *stent* a 6 y 12 meses, según tablas de supervivencia de Kaplan Meier, fue 87,2 % (desviación de error 0,049), sin identificar variables predictoras de permeabilidad del *stent* al realizar el análisis multivariante. Se realizaron 7 amputaciones mayores y 4 menores, lo que implica una tasa de supervivencia libre de amputación mayor a los 12 meses del 87,7 %. Al realizar las tablas cruzadas de permeabilidad con amputación, se identifica que existe una relación directa entre la *no* permeabilidad del *stent* y la amputación mayor, con significación estadística. 4 pacientes fallecieron, ninguno relacionado con la intervención, siendo la tasa de mortalidad a los 12 meses del 7 %.

Conclusiones: El uso de DES a nivel infrapoplíteo es efectivo y seguro tras angioplastia y como *stenting* primario en lesiones calcificadas o en bi-

furcación. En nuestra experiencia, Cre8BTK muestra excelentes resultados, incluyendo pacientes DM y lesiones calcificadas. Estos resultados podrían justificar un cambio en el papel del DES, de terapia de rescate a *stenting* primario.

CO 107. FÍSTULAS AORTOENTÉRICAS SECUNDARIAS: ESTUDIO RETROSPECTIVO SOBRE CAMBIOS EN EL MANEJO Y PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Raquel Fragoso Martín, Cristina Suárez González, Francisco José Franco Meijide, Alicia Alonso Álvarez, Dolores Sousa Regueiro
Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. A Coruña

Objetivos: Las fístulas aortoentéricas secundarias (FAES) son uno de los retos más devastadores a los que se enfrentan los cirujanos vasculares y su manejo no está estandarizado. El objetivo de este estudio es describir las características clínicas y evolución en el manejo de los pacientes con diagnóstico de FAES en nuestro centro, en las dos últimas décadas.

Material: Revisión de historias clínicas de una cohorte prospectiva de pacientes con FAES entre los años 2003-2024.

Metodología: Análisis descriptivo y estadístico de distintas variables clínicas a través de herramienta SPSS.

Resultados: Se incluyeron 35 pacientes (33 hombres, edad media 69 años), diagnosticados tras una mediana de 34 meses desde la cirugía del implante (33 fístulas abdominales, 2 torácicas). El 59 % de los episodios se presentaron con una hemorragia digestiva y el 14 % con sepsis grave. La infección fue polimicrobiana en el 57 % y se detectó aislamiento de hongos (*Candida spp.*) en el 29 % de los casos. El manejo fue conservador en 5 pacientes, colocación de endoprótesis definitiva o parche vascular en 7 y

cirugía de explante en 23; con endoprótesis como puente de retirada del material infectado en 4. Se realizaron 12 reconstrucciones extraanatómicas y 11 *in situ*. En 6/11 reconstrucciones *in situ* se utilizó pericardio bovino para la revascularización, 5 de las cuales se efectuaron en los últimos 2 años. Observamos un aumento de la tasa de retirada de la prótesis del 50 % 2003-2017 hasta el 78 % en 2018-2024 ($p = 0.09$). La tasa media de reinfección/infección persistente fue del 11 % desde el 2018, frente al 47 % en los años previos ($p = 0.03$). Globalmente la mortalidad atribuible acumulada fue del 66 %, con una mediana de 3 meses desde el diagnóstico (50 % en los últimos 4 años vs. 74 % previamente, $p = 0.26$).

Conclusiones: Presentamos una cohorte grande de casos a nivel nacional. Hemos observado una tendencia hacia un tratamiento más agresivo y el uso de materiales biológicos *in situ*, que podría haber contribuido a la reducción en la tasa de reinfección. Si bien la mortalidad continúa siendo elevada, los cambios en el manejo terapéutico podrían estar contribuyendo a mejorar el pronóstico de los pacientes.

CO 184. HISTORIA NATURAL DE LAS DISECCIONES TIPO B NO COMPLICADAS TRATADAS MÉDICAMENTE

Francisco Álvarez Herrero, Manuel Hernando Rydings, Celia Ortega Rueda, Carlos Ferrera Durán, Isidre Vila Costa, Isaac Martínez López
Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Objetivos: El tratamiento médico es el *gold-standard* en el manejo de las disecciones tipo B (DTB) no complicadas, sin embargo, la degeneración de la luz falsa puede requerir una reparación aórtica compleja toracoabdominal en el futuro. El objetivo es evaluar los resultados a largo plazo del tratamiento médico de las DTB no complicadas.

Material: Estudio de cohortes retrospectivo que incluye 80 pacientes con DTB desde 2010-2024. En 61 casos se trataba de una DTB no complicada que fue manejada inicialmente con tratamiento médico.

Metodología: Se analizaron los diámetros aórticos máximos (DAM) y de la luz falsa (DLF) a nivel de aorta torácica y de aorta visceral en el angio-TC preoperatorio y en todos los de seguimiento de cada paciente. Se analizaron los resultados en términos de mortalidad debida a causa aórtica, así como las complicaciones mayores y mortalidad precoz en aquellos pacientes que requirieron intervención quirúrgica. El análisis estadístico se realizó con los test habituales.

Resultados: 19 pacientes presentaron una DTB complicada que se trató en fase aguda de forma endovascular en todos los casos. El tratamiento médico fracasó en la fase subaguda en 8 casos y en la fase crónica en 25 pacientes (grupo cirugía; GC). Veintiocho pacientes nunca fueron intervenidos (grupo seguimiento; GS). El seguimiento mediano fue de 67 meses. La mortalidad del GS fue significativamente mayor que la del GC ($p < 0,001$). Las complicaciones mayores posoperatorias fueron significativamente mayores en el grupo de pacientes tratados en la fase crónica frente a los tratados en fase aguda y subaguda, sin embargo, no hubo diferencias en la mortalidad precoz entre ambos grupos. En el GS, el DAM crece de forma significativa tan solo a nivel de aorta torácica ($p < 0,002$) con un incremento significativo a este nivel respecto a los pacientes tratados en fase aguda y subaguda ($p < 0,001$).

Conclusiones: El tratamiento médico de los pacientes con DTB no complicada fracasa en la mayor parte de los casos durante el seguimiento, ya que no logra detener la degeneración aneurismática de la LF con una mortalidad aórtica mayor frente a los pacientes tratados quirúrgicamente en algún momento durante el seguimiento.

CO 44. TROMBO Y CAPTACIÓN DE 18F-FLUORODESOXIGLUCOSA EN LA PARED AÓRTICA PARA LA PREDICCIÓN DEL CRECIMIENTO DEL ANEURISMA AÓRTICO ABDOMINAL

Marvin García Reyes¹, Marta Ferrer Cornet², Mireia Bragulat Arévalo^{2,3,4}, Lydia Dux Santoy², Andrea Guala^{2,4}, Sergi Bellmunt Montoya^{1,3}

¹Departamento de Cirugía Vascular. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. ²Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR). Barcelona. ³Departamento de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona. Bellaterra, Barcelona. ⁴CIBER-CV Instituto de Salud Carlos III. Madrid

Objetivos: Dado que la ruptura de los aneurismas de aorta abdominal (AAA) conlleva una tasa de mortalidad del 65-85 %, la detección temprana y la estratificación del riesgo son fundamentales para una cirugía electiva. Actualmente, el diámetro máximo del aneurisma es el único marcador de imagen utilizado para evaluar el riesgo de ruptura. Sin embargo, otros factores como la presencia de trombo, inflamación o alteraciones hemodinámicas podrían contribuir en la progresión del aneurisma. El objetivo del estudio fue investigar correlaciones entre parámetros de flujo, trombo y metabolismo de la glucosa y el crecimiento prospectivo del AAA.

Material: Se emplearon imágenes híbridas de 18F-fluorodesoxiglucosa (18F-FDG PET) y resonancia magnética cardíaca (CMR), incluyendo imágenes de flujo 4D, obtenidas de 32 pacientes con AAA con seguimiento por imagen para evaluar la tasa de crecimiento del diámetro del aneurisma.

Metodología: Desde CMR se cuantificaron varios parámetros hemodinámicos en el AAA y se caracterizó la presencia de trombo mediante el área del aneurisma, cubierta por trombo y el volumen de trombo. Desde PET se evaluó la captación de 18-FDG en la pared mediante el *target-to-background* (TBR), y las áreas de baja (*coldspots*) y alta (*hotspots*) captación. Para comparar biomarcadores colocazadamente, la aorta se discretizó en 80 regiones estandarizadas. Se utilizaron modelos de regresión lineal bivariados y multivariados para analizar las correlaciones de las distintas variables con la tasa de crecimiento.

Resultados: Tras un seguimiento mediano de 2 años (rango intercuartílico [1.1-3.5]), la tasa de crecimiento del AAA fue de 2.7 [1.3-4] mm/año. El diámetro máximo ($R = 0.472$, $p = 0.006$), la vortici- dad del flujo ($R = 0.389$, $p = 0.028$) y la tensión de ci-

zallamiento circunferencial ($R = 0.355$, $p = 0.047$) se correlacionaron con el crecimiento del aneurisma. Tras corregir por el diámetro del aneurisma, el área ($p = 0.010$) y volumen del trombo ($p = 0.001$) se correlacionaron negativamente con el crecimiento. En el análisis multivariado, el diámetro máximo ($p < 0.001$) y el área de *coldspots* ($p = 0.031$) se correlacionaron positivamente con la tasa de crecimiento, mientras que el volumen del trombo se asoció negativamente ($p < 0.001$).

Conclusiones: La combinación de información metabólica y del trombo podría mejorar la predicción de la tasa de crecimiento del aneurisma, más allá del diámetro máximo.

CO 108. IATROGENIA COMO PRINCIPAL CAUSA DE TRAUMATISMO VASCULAR: ANÁLISIS DE UNA COHORTE PROSPECTIVA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Lorena Romero Montaña, María Mascaró Oliver, Juan Luis Martínez Pérez, Mar Abadal Jou, Eduardo Mateos Torres, Laura Calsina Juscafresa
Hospital del Mar. Barcelona

Objetivos: Los traumatismos vasculares son un motivo de consulta común en cirugía vascular. Entre sus principales causas, las complicaciones iatrogénicas están cobrando mayor relevancia como consecuencia del aumento de procedimientos percutáneos en diferentes especialidades. Este estudio pretende evaluar la prevalencia de traumatismos vasculares iatrogénicos en un hospital terciario.

Material: Cohorte prospectiva de pacientes consecutivos que fueron motivo de consulta a cirugía vascular por traumatismo vascular entre octubre de 2021 y diciembre 2024 en un hospital terciario.

Metodología: Se registraron las características demográficas, la causa de la lesión (iatrogénica, penetrante o incisional), la localización (extremidades con lateralidad, tórax, abdomen, y región cervical), el tipo de afectación (arterial, venosa o combinada), el manejo requerido, el servicio solicitante y la mortalidad precoz.

Resultados: Se identificaron 157 pacientes, 63 % varones, con una edad media de 63 años. La causa principal de traumatismo vascular fue la iatrogenia, representando el 80.1 % ($n = 127$) de los casos. De las iatrogenias vasculares, 119 (93.7 %) fueron arteriales: 28 (22 %) isquémicas, 58 (45.7 %) pseudoaneurismas y 41 (32.3 %) hemorrágicas, localizándose en extremidades inferiores (52.7 %, $n = 76$), superiores (43.7 %, $n = 63$), tórax y cuello (1.4 %) y abdomen (0.6 %). Once pacientes (13.3 %) presentaron iatrogenia venosa: 1 trombótica (9 %) y 10 hemorrágicas (91 %), localizándose 6 en extremidades inferiores, 2 en superiores, 2 en abdomen y 1 en cuello. Tres pacientes (2.3 %) presentaron lesiones arteriales y venosas. Las principales especialidades involucradas fueron Cardiología (36.2 %), Cirugía Vascular (18.8 %) y Neuro-angiorradiología (15.7 %). Requirieron reparación 72 pacientes (56.7 %), incluyendo 21 inyecciones de trombina (29.2 %), 15 reparaciones con sutura directa (20.8 %), 13 reparaciones con plastia arterial (18 %), 10 reparaciones endovasculares (13.9 %), 7 trombectomías (9.7 %), 5 *bypass* arteriales (6.9 %) y 1 ligadura arterial (1.4 %). La mortalidad a 30 días fue del 15.9 %, siendo el traumatismo vascular la causa directa en el 15.7 % de los casos ($n = 3$).

Conclusiones: La iatrogenia es la causa más frecuente de traumatismo vascular. Su aparición requiere una reparación vascular en más de la mitad de los casos y se asocia a una mortalidad nada despreciable, por lo que debería mejorarse la formación y acciones preventivas en especialidades que practican intervencionismo vascular.

CO 121. PREDICCIÓN DE MAL PRONÓSTICO TRAS REVASCULARIZACIÓN POR ISQUEMIA CRÓNICA AMENAZANTE DE MIEMBROS INFERIORES: APORTACIÓN DEL ÍNDICE NEUTRÓFILO/LINFOCITO (NLR) A UN MODELO DE RIESGO Y VALIDACIÓN DEL MODELO

Mar Abadal Jou, Claudia Sosa Aranguren, Lorena Romero Montaña, Ezequiel Paredes Mariñas, Carme Llor Pont, Alina Velescu
Hospital del Mar Research Institute. Barcelona

Objetivos: Nuestro grupo desarrolló un modelo de riesgo (MR) para identificar pacientes con mayor probabilidad de amputación mayor y/o muerte a 90 días (AM90) tras una revascularización (quirúrgica o endovascular) por isquemia crónica amenazante de extremidades inferiores (ICAMI). En este MR (área bajo la curva –AUC– 0,75), fueron predictores de mal pronóstico: edad, anemia, infarto de miocardio previo, úlceras isquémicas y revascularización infrapoplítea. Los objetivos de este estudio fueron: a) evaluar si la incorporación del índice neutrófilo/linfocito (NLR) y/o plaqueta/linfocito (PLR) mejoran la capacidad predictiva del MR; y b) validar el MR en una nueva cohorte de pacientes con ICAMI del mismo centro.

Material: *Objetivo 1:* cohorte retrospectiva de 515 pacientes consecutivos con ICAMI revascularizados (2005-2015) en un hospital terciario. *Objetivo 2:* cohorte retrospectiva de 170 pacientes consecutivos con ICAMI revascularizados (2016-2018).

Metodología: *Objetivo 1:* la mejora de predicción del MR al añadir NLR y/o PLR se evaluó mediante el índice de reclasificación y la variación del AUC. *Objetivo 2:* La validación del MR en una nueva cohorte se realizó mediante la determinación del AUC.

Resultados: *Objetivo 1:* edad media 72,7 años; 73,4 % hombres. El 33,2 % presentó dolor en reposo y el 66,8 % lesiones isquémicas. Se realizaron 287 procedimientos endovasculares (55,7 %) y 228 quirúrgicos (44,3 %), sin diferencias significativas en AM90. El NLR, pero no el PLR, se asoció significativamente con AM90, mejorando la reclasificación y la discriminación: NRI = 0,383, ($p = 0,003$) y AUC a 0,78 (IC 95 % 0,71-0,83) para NLR continuo y NRI = 0,630 ($p = 0,000$) y AUC 0,77 (0,70-0,83) para NLR > 5,5 (mejor índice Youden) respectivamente. *Cohorte 2:* edad media 73,7 años; 70,6 % hombres. El 16,5 % presentó dolor en reposo y el 83,5 % lesiones isquémicas. Se realizaron 98 procedimientos endovasculares (57,6 %) y 72 quirúrgicos (42,4 %), sin diferencias en AM90. El MR mostró validez en la nueva cohorte (AUC = 0,78), mejorando su discriminación al incluir NLR (AUC = 0,82).

Conclusiones: Este estudio confirma la validez de un MR de AM90 en pacientes con ICAMI sometidos a revascularización. La incorporación del NLR mejora la reclasificación y muestra una tendencia a mejorar la discriminación del modelo. Es necesaria una validación externa en otros entornos poblacionales para garantizar la fiabilidad de este MR.

CO 159. CICLOERGOMETRÍA PREOPERATORIA: ¿HERRAMIENTA DETERMINANTE EN LA ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO QUIRÚRGICO DEL TRATAMIENTO DEL ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL?

Begoña Iribar Zubiaur, Beñat Labeguerie Arenaza, Ainhoa García Familiar, Maider Mendia Bravo, María de Dios Bilbatua, Nerea Bastardo Gordejuela, Sara Loidi Guerrica-Echevarría
Hospital Universitario Donostia. Donostia-San Sebastián

Objetivos: Actualmente, no existe consenso que estandarice el estudio preoperatorio del tratamiento del AAA. Es sabido que la capacidad cardiorrespiratoria es considerada signo vital que informa del riesgo cardiorrespiratorio, y, por ende, de eventos perioperatorios. Esta revisión tiene por objeto evaluar la seguridad de la cicloergometría como estudio preoperatorio en pacientes con AAA y detectar cambios en la actitud terapéutica (endovascular vs. reparación abierta).

Material: Revisión retrospectiva de la cicloergometría preoperatoria realizada en nuestro centro (2024-2025). Se analiza la seguridad de la prueba, se interpretan los valores obtenidos y se infiere el riesgo quirúrgico. Se registra la técnica quirúrgica (endovascular vs. reparación abierta) planteada por el cirujano y se compara con la indicación final, basada en los resultados de la cicloergometría.

Metodología: Se estudia un grupo de 40 pacientes, más del 90 % varones > 65 años con AAA en rango quirúrgico (> 55 mm). Se han excluido AAA rotos. Se realiza una búsqueda bibliográfica mediante PubMed y JVS, combinando términos

como “AAA, endovascular-Vs-open-repair-surgery, preoperative-risk”. Igualmente, las guías ESVS han servido como marco.

Resultados: La cicloergometría ha sido una prueba segura en el 100 % de los estudios, sin incidencias asociadas a rotura o inestabilidad del AAA. En un caso monitorizado mediante ECG se objetiva descenso del ST, sin repercusión clínico-hemodinámica. Posteriormente, se estratifica el riesgo quirúrgico, en base al VO₂, en bajo (VO₂ > 20 ml/kg/min), moderado (VO₂: 15-20 ml/kg/min, VE/VCO₂ < 40), moderado-alto (VO₂: 15-20 ml/kg/min, VE/VCO₂ > 40) y alto (VO₂: 10-15 ml/kg/min). De acuerdo con los resultados, se realiza la indicación de la técnica (riesgo bajo y moderado: reparación abierta, riesgo moderado-alto: decisión técnica del cirujano, riesgo alto: endovascular), siendo VO₂ < 10 ml/kg/min contraindicación para ambos tratamientos. Observamos que la indicación se modifica en el 38,8 %, siendo el 42,85 % casos planteados inicialmente para abordaje endovascular y reconsiderados para reparación abierta.

Conclusiones: La cicloergometría es una prueba preoperatoria segura, objetiva y cuantificable que permite estratificar el riesgo quirúrgico y orientar la actitud terapéutica sobre el tipo de reparación a realizar en base a la capacidad funcional. No obstante, la revisión se ve limitada por el escaso número de pacientes intervenidos hasta la fecha, sin haberse podido evaluar aún resultados que permitan comparar y obtener conclusiones más contundentes y desafiantes en el momento actual.

CO 28. IMPACTO DE LA OBESIDAD EN LOS RESULTADOS CLÍNICOS TRAS REPARACIÓN ENDOVASCULAR CON ENDOPRÓTESIS FENESTRADAS (FEVAR) DE ANEURISMAS DE AORTA COMPLEJOS

Amaia Echaide Artieda, Roxana Elena Goran, Sara Mercedes Morales Gisbert, Rodrigo Pelayo Yoldi Martín-Calpena, David Olmos Sánchez, Francisco Gómez Palonés

Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia

Objetivos: Evaluar el efecto de la obesidad en los resultados de pacientes intervenidos por aneurisma de aorta mediante FEVAR.

Material: Estudio retrospectivo unicéntrico de pacientes intervenidos mediante FEVAR de manera consecutiva entre 2011-2024. Se dividen los pacientes en 2 grupos según índice de masa corporal (IMC): grupo 1 (G1): IMC > 30 kg/m². Grupo 2 (G2): IMC < 30 kg/m².

Metodología: Se analizaron: 1) variables demográficas; 2) éxito técnico; 3) variables intraoperatorias; 4) eventos mayores asociados (MACE) (mortalidad intrahospitalaria, infarto agudo miocardio, ictus, diálisis permanente e isquemia medular); y 5) complicaciones en seguimiento (infección herida quirúrgica, complicaciones acceso, reintervención, endofuga I/III). Se estudió la supervivencia empleando test Kaplan-Meier.

Resultados: Se incluyeron 80 pacientes (24 G1 y 56 G2). Los grupos fueron comparables en las variables demográficas, con mayor prevalencia de diabetes *mellitus* (37,5 % vs. 30,3 %, $p = 0,35$), dislipemia (87,5 % vs. 71,4 %, $p = 0,1$) e IRC estadio 4 (4,2 % vs. 3,6 %, $p < 0,001$) en el G1. Ambos grupos presentaron tasas similares de acceso percutáneo (54 % vs. 57 %, $p = 0,96$). El éxito técnico fue 100 % G1 vs. 96 % G2 ($p = 0,48$). La mediana de fenestraciones por paciente fue de 3,5 (rango 2-5) G1 y 4 (rango 2-5) en G2 ($p = 0,55$). Se empleó mayor dosis de radiación en el G1 con una mediana 579 mGy/cm² (r : 145-1388) vs. 365 mGy/cm² (r : 123-1000) en el G2 ($p < 0,05$). Sin diferencias en empleo de contraste (110 ml (r : 40-180) vs. 117 ml (r : 40-260), $p = 0,35$); CO₂ (700 ml (r : 180-1320) vs. 710 ml (r : 170-1520), $p = 0,65$) o tiempo de escopia (75 min (r : 44-144,8) vs. 68 min (r : 34-1104), $p = 0,79$). La mediana de seguimiento fue de 26 meses (r : 0-138). Los MACE fueron similares en ambos grupos (16,7 % G1 vs. 8,9 %, G2 $p = 0,26$). No existieron diferencias estadísticamente significativas entre G1 y G2 en infección de herida quirúrgica (0 % vs. 5,3 %, $p = 0,34$), complicación en el acceso (20,8 % vs. 21,4 %, $p = 0,6$), reintervención (25 % vs. 30,3 %, $p = 0,42$), inestabilidad de las ramas viscerales (4,2 % vs. 8,9 %, $p = 0,5$).

ni endofugas (4,2 % vs. 10,7 %, $p = 0,54$). La tasa de supervivencia al año, 3 y 5 años fue: 81,8 % vs. 92,4 %; 76,3 % vs. 73,8 % y 61,1 % vs. 55,6 % en el G1 y G2 respectivamente, sin diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,67$).

Conclusiones: Los pacientes obesos, a pesar de una mayor tendencia a sufrir comorbilidades, presentan resultados clínicos, tasa de complicaciones mayores y supervivencia similares a los pacientes no obesos. Sin embargo, la dosis de radiación empleada es mayor.

CO 68. ¿TIENEN LAS MEDICIONES DE FLUJO INTRAOPERATORIO UN VALOR PREDICTIVO EN LA MADURACIÓN DE LAS FAV?

Beatriz Galán Banacloche, Azucena Ayala Strub, Maday Cabrero Fernández, Jorge Erick del Valle Rojas, María de Celis Rodríguez, José Manuel Ligeró Ramos
Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
Madrid

Objetivos: En pacientes en hemodiálisis, las fístulas arteriovenosas (FAV) nativas son el acceso vascular de elección en las guías de práctica clínica. Sin embargo, su tasa de fallo en la maduración o trombosis precoz ronda el 25 %. El *objetivo principal* del estudio fue evaluar si las mediciones intraoperatorias del flujo venoso pueden tener un valor predictivo en el posterior desarrollo y maduración de la FAV. *Objetivos secundarios* fueron evaluar la trombosis precoz, la permeabilidad y desarrollo de complicaciones.

Material: Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo en pacientes sometidos a la creación de una FAV nativa. El análisis estadístico incluyó la prueba de Levene para la varianza y la prueba t de Student para comparación de medias, utilizando el *software* SPSS.

Metodología: Se dividió la muestra en FAV madura vs. fallo en la maduración o trombosis precoz. To-

dos los pacientes contaban con una valoración interdisciplinar pre y posoperatoria con eco-Doppler. Intraoperatoriamente se registró el flujo e índice de pulsatilidad (IP) en la vena distal a la anastomosis.

Resultados: Se incluyeron 38 pacientes. El uso de flujómetro intraoperatorio llevó la revisión del acceso en el 15.8 % ($n = 6$) de los casos con el fin de mejorar dichos parámetros. En la primera revisión, el 69.7 % ($n = 27$) de las FAV obtuvieron una correcta maduración, estando en proceso de maduración el 12.1 % ($n = 5$). No se obtuvieron diferencias significativas entre grupos en edad, sexo, comorbilidad o parámetros anatómicos. Si existieron diferencias entre el flujo intraoperatorio registrado en pacientes con FAV madura y FAV no madura o trombada (345.30 ml/min vs. 60.80 ml/min; $p < 0.001$). Asimismo, el índice de pulsatilidad fue menor en el grupo de FAV maduras (0.60 vs. 1.42; $p < 0.001$). El 92,1 % de FAV presentaban *thrill* tras finalizar la intervención, incluso la mayoría de las que sufrieron trombosis precoz.

Conclusiones: La medición intraoperatoria de flujo y el IP podrían ser herramientas útiles para predecir la maduración de una FAV nativa, especialmente el riesgo de trombosis según la experiencia inicial del estudio. Además, su uso intraoperatorio puede facilitar la decisión de revisión intraoperatoria para reducir al máximo su tasa de fallo.

CO 96. LA POLIFARMACIA ES UN BUEN PREDICTOR DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON ESTENOSIS CAROTÍDEA SEVERA ASINTOMÁTICA

María del Carmen Montoro Pacha, Ezequiel Paredes Marinas, Lidia Marcos García, Alina Velescu, Meritxell Mellado Joan, Albert Clarà Velasco
Hospital del Mar. Barcelona

Objetivos: La indicación quirúrgica en la estenosis carotídea severa asintomática (ECSA) es crecientemente restrictiva, siendo el pronóstico vital del paciente un elemento clave. El número de fármacos

prescritos crónicamente (NFPC) es un indicador de polifarmacia que refleja el esfuerzo farmacológico necesario para controlar las comorbilidades del paciente. Este estudio analizó la relación entre el NFPC y la supervivencia en pacientes con ECSA.

Material: Cohorte histórica unicéntrica de pacientes consecutivos con criterio clínico (asintomático cerebrovascular o sintomático > 6 meses) y eco-Doppler (70-99 %) de ECSA identificados en el Laboratorio Vascular de un hospital terciario entre 2008 y 2019. Se recogieron de forma basal datos demográficos, el índice de comorbilidad de Charlson, el tratamiento de la ECSA (cirugía vs. seguimiento) y el NFPC.

Metodología: La asociación entre el NFPC y la supervivencia a 5 años y a largo plazo se estudió mediante regresiones de Cox, área bajo la curva e índice de reclasificación.

Resultados: Se evaluaron 308 pacientes con ECSA (edad mediana 72.5, 80.5 % varones, mediana Charlson = 3), de los que 160 (51.9 %) fueron sometidos a TEA (98.1 %) o *stent* carotídeo (1.9 %), y 148 (48.1 %) solo seguimiento médico. La supervivencia a 1, 5 y 10 años de la cohorte fue del 93.5 %, 64.9 % y 37 %, respectivamente (seguimiento medio = 6.6 años). El NFPC (mediana = 7 fármacos) se asoció de forma significativa y lineal con supervivencia ($p < 0.001$), con un mejor punto de corte (índice de Youden) en > 6 fármacos. La supervivencia a 5 y 10 años de pacientes con un NFPC > 6 fue del 53.9 % y 30.4 %, mientras que en aquellos con NFPC < 7 fue del 78 % y 44.8 % ($p < 0.001$), respectivamente. Tras la inclusión del NFPC a varios modelos multivariantes, incluyendo todos ellos edad, sexo, Charlson y tratamiento de la ECSA, este indicador de polifarmacia mantuvo su asociación significativa independiente con supervivencia y mejoró el poder predictivo del modelo.

Conclusiones: En el momento del diagnóstico de una ECSA, la polifarmacia medida a través del NFPC contribuye a identificar aquellos pacientes con una esperanza de vida limitada y en quienes una intervención carotídea profiláctica podría ser de escaso valor.

CO 153. EMBOLIZACIÓN DE ARTERIAS GENICULARES EN PACIENTES CON OSTEOARTROSIS DE RODILLA COMO ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO DEL DOLOR. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Kerbi Alejandro Guevara Noriega¹, Juan Gabriel Castro Ríos², Pablo Javier Salvaré Heikel², Javier Ramírez Ruiz², Raquel Chávez Abiega², Teresa Solanich Valldaura²

¹*Consorci Sanitari del Maresme. Mataró, Barcelona.*

²*Parc Taulí Hospital Universitari. Sabadell, Barcelona*

Objetivos: Analizar la eficacia de la embolización de arterias geniculares (EAG) en el tratamiento del dolor refractario en pacientes con osteoartrosis (OA) de rodilla, como alternativa o complemento al tratamiento farmacológico.

Material: Revisión sistemática de la literatura siguiendo los estándares PRISMA, con búsqueda en PubMed y Cochrane hasta enero de 2022. Se incluyeron estudios sobre EAG en pacientes con OA de rodilla y dolor articular.

Metodología: Se aplicaron términos MeSH ("Osteoarthritis" y "Knee Osteoarthritis") combinados con "Genicular Artery Embolization" y "Embolization". Se excluyeron estudios sin un objetivo claro, casos similares, reemplazos de rodilla previos, embolizaciones en otras localizaciones o hemartrosis. Dos investigadores revisaron los estudios de forma independiente. Se extrajeron datos sobre autor, revista, país, año, tipo de estudio, agente embolizante, objetivo, escala de medición y conclusión.

Resultados: Se analizaron 13 publicaciones de 63 identificadas, con un total de 914 pacientes. La mayoría de los estudios (84.62 %) tenían menos de dos años de antigüedad. Los tipos de estudio incluyeron ensayos clínicos (30.77 %) y revisiones sistemáticas (23.07 %). Se utilizaron diversos agentes embolizantes, como imipenem/cilastatina, partículas de embozeno, alcohol de polivinilo y microesferas. Los estudios evaluaron el dolor posprocedimiento mediante escalas como WOMAC y EVA, reportando en general resultados positivos.

Conclusiones: La EAG emerge como una alternativa prometedora para el tratamiento del dolor crónico en pacientes con OA de rodilla, con estudios que concluyen a su favor. Se requieren más investigaciones para estandarizar la técnica, establecer directrices claras y evaluar los resultados a largo plazo.

CO 157. MEDICACIÓN AL ALTA EN PACIENTES CON ISQUEMIA AGUDA DE EXTREMIDADES INFERIORES

Javier Ramírez Ruiz, Kerbi Alejandro Guevara Noriega, Pablo Javier Salvaré Heikel, Maria Marcet Recolons, Raquel Chávez Abiega, Teresa Solanich Valldaura
Parc Tauli Hospital Universitari. Sabadell, Barcelona

Objetivos: La evolución a largo plazo de la isquemia aguda va más allá de las medidas intrahospitalarias que se toman en el momento agudo. La medicación al alta puede ser determinante de la evolución del paciente, aunque existen controversias al respecto. El objetivo del trabajo es evaluar los beneficios de la antiagregación, anticoagulación y uso continuado de estatinas al alta en pacientes con isquemia aguda de extremidades inferiores.

Material: Se realizó un análisis retrospectivo de una base de datos prospectiva de pacientes con isquemia aguda de extremidades inferiores tratados quirúrgicamente en un hospital universitario entre enero de 2021 y diciembre de 2024.

Metodología: Se elaboraron tablas de supervivencia y se calcularon las tasas de pacientes libres de eventos mayores en la extremidad (TLEVM), amputación mayor (TLAM) y reintervenciones (TLR) a 1 y 3 años. Mediante regresión de Cox univariable, se estudió la influencia de diferentes terapias farmacológicas sobre los resultados, estratificando por grado de isquemia aguda según la clasificación de Rutherford.

Resultados: Se incluyeron 169 pacientes. Las tasas de supervivencia, TLEVM, TLAM y TLR a un año fueron 91,2 %, 64 %, 87 % y 79,4 %, respectivamente. A los 3 años, estos valores fueron 87,3 %, 28 %, 80 % y 63,6 %. La antiagregación simple y la anti-

coagulación no mostraron influencia significativa ($p > 0,05$). Sin embargo, la doble antiagregación evidenció diferencias estadísticamente significativas en términos de reintervención quirúrgica ($p = 0,04$; $\beta = 3,195$). El uso de estatinas mostró diferencias en la TLEVM ($p = 0,045$; $\beta = 0,898$). Al ajustar por grado de Rutherford, la isquemia grado IIA presentó diferencias positivas ($p = 0,025$) en relación al uso de estatinas. No se detectaron diferencias en el beneficio de la doble antiagregación respecto a la TLR al estratificar por grado de isquemia.

Conclusiones: Los resultados sugieren que el uso continuado de estatinas mejora la TLEVM, especialmente en pacientes con isquemia grado IIA al ingreso. Estos datos apuntan hacia un beneficio en términos de menor TLR en pacientes con isquemia aguda que continúan con doble antiagregación al alta. Se requieren más estudios para esclarecer los factores que influyen, ya que el grado de isquemia no parece tener relación directa.

CO 22. ANÁLISIS PROSPECTIVO COMPARATIVO ENTRE CIANOCRILATO Y RADIOFRECUENCIA COMO TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA DE VENA SAFENA INTERNA: EVALUACIÓN DE RESULTADOS CLÍNICOS Y DE CALIDAD DE VIDA

Cristina Martínez Ingelmo, Marina Navarro Garre, Laura Romero Vázquez, Felipe Neri Arribas Aguilar, Manuel Rodríguez Piñero
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

Objetivos: Analizar la eficacia y seguridad tras el tratamiento con cianocrilato y en comparación con la radiofrecuencia (RF) en pacientes con incompetencia de vena safena interna (VSI).

Material: Se llevó a cabo un estudio prospectivo y comparativo en pacientes (45) con insuficiencia venosa crónica tratados con cianocrilato (VenaSeal), 30 de ellos, o radiofrecuencia, 15 pacientes. Se recogieron datos preoperatorios y posoperatorios, incluyendo características demográficas (edad, sexo, IMC), severidad de la enfermedad (CEAP), diámetro venoso, persisten-

cia de varices tronculares tras intervención y complicaciones posoperatorias. Se realizó un seguimiento ecográfico a los 3 meses para evaluar el éxito de la intervención (oclusión o recanalización de VSI). La evolución clínica se midió mediante la mejora sintomática y la respuesta a los cuestionarios VEINES-QOL/Sym y EUROQOL-5D antes y después del tratamiento.

Metodología: Se compararon ambos tratamientos en términos de eficacia de cierre venoso, reducción de síntomas y eventos adversos posoperatorios mediante el *software* IBM SPSS Statistics (versión XX), estableciendo un nivel de significancia de $p < 0.05$.

Resultados: A los 3 meses, las tasas de cierre de VSI son del 93,3 % tanto de los tratados con RF como con cianocrilato. En ambos grupos, se objetiva mejoría sintomática generalizada. En cuanto a complicaciones en el posoperatorio, vuelve a destacar la igualdad de las técnicas en relación con la aparición de flebitis en el posoperatorio (13,33 % de los pacientes de cada grupo la presentan), sin haberse dado ningún caso de neuropatía de nervio safeno en los casos de RF. Sí se objetivan diferencias, aunque no estadísticamente significativas ($p = 1,158$) en la presencia de varices tronculares residuales tras el procedimiento, presentes en 14 de los 30 (46,7 %) pacientes sometidos a tratamiento con cianocrilato frente al 20 % en RF.

Conclusiones: Con este estudio se confirma la seguridad y eficacia del cianocrilato como tratamiento alternativo en casos de incompetencia de VSI, con tasas equivalentes de cierre de esta. La mejoría en términos de calidad de vida también fue sostenida y similar entre los dos grupos de tratamiento.

CO 45. RADIOGRAFÍA MOLECULAR DE LA ATROSCLEROSIS CAROTÍDEA: EL ESTRÉS OXIDATIVO COMO CLAVE DE LA VULNERABILIDAD DE LA PLACA

Sandra Pérez Fernández, Noelia M.^a Cenizo Revuelta, Sergio Asensio Rodríguez, Clara de la Torre Casaseca, M.^a Lourdes del Río Solá
Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid

Objetivos: La aterosclerosis carotídea es responsable del 20-30 % de los ictus isquémicos y su evolución es heterogénea, incluso con grado de estenosis similares. Actualmente, el diagnóstico se basa en técnicas de imagen, sin biomarcadores que permitan predecir el riesgo de ictus. El objetivo de este estudio es evaluar el impacto del estrés oxidativo en placas de ateroma carotídea y, en sangre periférica para determinar su relación con la inestabilidad de la enfermedad.

Material: Estudio observacional en 52 pacientes sometidos a tromboendarterectomía carotídea en nuestro centro.

Metodología: Se analizaron datos clínico-demográficos, características de las placas y biomarcadores séricos y tisulares de estrés oxidativo. En sangre periférica, se midieron perfil lipídico, ácido úrico, inflamación e hipoperfusión tisular. En placas de ateroma, se evaluaron capacidad antioxidante (FRAP, ABTS, ácido úrico), defensas antioxidantes (superóxido dismutasa, catalasa), daño oxidativo (peroxidación lipídica, 8-OHdG) y metabolismo energético (lactato).

Resultados: Edad media 73 ± 8 años, 82 % hombres, 71 % hipertensos y 54 % fumadores. Se observaron niveles de ácido úrico significativamente elevados en placas vulnerables ($6,76 \pm 1,56$ vs. $5,27 \pm 1,74$ mg/dL, $p = 0,041$) y en pacientes con sintomatología neurológica ($6,9 \pm 1,5$ vs. $5,4 \pm 1,3$ mg/dL, $p = 0,048$). Las placas calcificadas presentaron mayor capacidad antioxidante (ABTS: $2803,28 \pm 223,27$ vs. $2635,08 \pm 323,80$ μ M Eq. TROLOX, $p = 0,007$) y menor disfunción metabólica (lactato: $8,57 \pm 4,05$ vs. $11,45 \pm 3,28$ mg/dL, $p = 0,001$).

Conclusiones: El estrés oxidativo influye en la vulnerabilidad de la placa. Su análisis conjunto en sangre y tejido podría mejorar la estratificación del riesgo de ictus y facilitar el desarrollo de estrategias terapéuticas personalizadas.

CO 67. PREVALENCIA Y CARACTERIZACIÓN DEL BURNOUT DE LOS CIRUJANOS VASCULARES EN ESPAÑA

Héctor Montoya Catalá, Natalia Moradillo Renuncio, Sandra Hojas Gutiérrez, Víctor Tristán Calvo, Julia Escalada Barrado, Ignacio de Loyola Agúndez Gómez
Hospital Universitario de Burgos. Burgos

Objetivos: Evaluar la prevalencia del síndrome de burnout en cirujanos vasculares en España y analizar los factores sociodemográficos y laborales asociados, utilizando el Maslach Burnout Inventory (MBI).

Material: Estudio transversal mediante encuesta online. Se incluyeron cirujanos vasculares en España que completaron voluntariamente el cuestionario MBI. Se recogieron datos demográficos y de carácter profesional.

Metodología: El MBI evalúa el burnout en 3 esferas: cansancio emocional (CE), despersonalización (D) y realización personal (RP). Las respuestas dan una puntuación final que clasifican el grado de burnout en bajo, medio o alto. Para evaluar factores desencadenantes y mitigadores del burnout, nuestro centro diseñó un cuestionario con respuestas del 1, muy poco importante, al 5, muy importante. Se aplicaron pruebas de chi-cuadrado y t-tests para comparar niveles de burnout entre subgrupos.

Resultados: Se obtuvieron 132 respuestas. La edad media de los participantes fue de 41 ($\pm 9,8$) años, con una experiencia laboral media de 13,8 ($\pm 8,3$) años. El 53,8 % fueron mujeres, 81,8 % adjuntos. El 59,8 % indicó tener un contrato fijo, el 18,2 % una interinidad y el 4,5 % un contrato eventual inferior a 6 meses. El MBI mostró una prevalencia de grado alto del burnout del 64.89 % (± 7.6) en el CE, 65.91 % (± 8.9) en la D y el 43.94 % (± 6.4) en la RP. En el análisis por subgrupos, la edad, los años de experiencia, el tipo de contrato y el sexo mostraron una diferencia estadísticamente significativa en la puntuación de al menos una esfera del MBI. De los factores precipitantes del burnout, los más importantes fueron el exceso de carga laboral ($4,4 \pm 0,9$), la falta de personal ($4,2 \pm 1,1$), la mala gestión del personal ($4,0 \pm 1,3$) y las dificultades para la conciliación ($4,0 \pm 1,1$). Respecto a los factores mitigadores, los más importantes fueron la remuneración económica o en días libres de las actividades extraordinarias ($4,6 \pm 0,8$), la sustitución del personal

ante bajas ($4,2 \pm 1$) y la formación de trabajo en equipo ($4,1 \pm 1,1$).

Conclusiones: El burnout en cirujanos vasculares en España es alto. La juventud, menor experiencia, contratos temporales y el sexo femenino son factores de riesgo. Se requieren estrategias de prevención para reducir el impacto del burnout en la práctica clínica habitual.

CO 138. MORTALIDAD TRAS ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL ROTO, USO DE 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

Objetivos: Los aneurismas de aorta abdominal se presentan hasta en el 5 % de la población con una mortalidad general 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. 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 148 pacientes intervenidos por AAAr mediante cirugía abierta y endovascular desde agosto de 2004 hasta enero 2025 en este estudio de cohorte unicéntrico, se excluyeron pacientes con historial incompleto, analizándose 90 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 88 (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 periopere-

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

CO 218. ANÁLISIS DE LA RECURRENCIA DE ICTUS ISQUÉMICO TRAS CIRUGÍA CAROTÍDEA

Núria Torreguitart Mirada, Angel Xavier Teneza Sari, Diego Gómez Arbeláez, Christian Espinal Chirinos, Jordi Cordobés Gual, Francisco Purroy García
Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida

Objetivos: El ictus es la segunda causa de muerte a nivel mundial y la primera de discapacidad. El objetivo de la cirugía carotídea es evitar nuevos eventos neurológicos, aunque en la literatura se describen tasas a 5 años de recurrencia de ictus entre el 3 % y el 9,3 %. Nuestro objetivo fue analizar características clínicas, analíticas y radiológicas que se relacionan con la incidencia de recurrencia de ictus isquémico tras la cirugía carotídea.

Material: Serie de casos consecutiva y prospectiva de sujetos con estenosis carotídea significativa intervenidos, mediante endarterectomía clásica con uso de *shunt* o *stent* vía femoral, entre octubre-2014 y octubre-2022 y con seguimiento hasta julio-24. Se incluyen sujetos con estenosis > 50 % sintomática y estenosis > 70 % asintomática.

Metodología: Se registraron variables demográficas, clínicas, citoquinas, biomarcadores lipídicos, ecográficas, resonancia magnética (RM) con secuencias de difusión (previa y posterior a la cirugía) y la técnica quirúrgica. Seguimiento clínico y ecográfico al mes, 6 y 12 meses el primer año y posteriormente anual durante 5 años. Análisis estadístico con chi-cuadrado, ANOVA y análisis de regresión logística.

Resultados: Se incluyeron 231 cirugías carotídeas: endarterectomía 174 (75,3 %) y *stent* 57 (24,7 %) en 225 pacientes. La media de edad fue 69,4 (DE 9,0) años. Ciento seis (45,7 %) fueron sujetos sintomáticos. Tiempo medio de seguimiento 49,6 (DE 25,6) meses. La incidencia de recurrencia de ictus isquémico fue 10 (4,4 %): 2 ipsilaterales y 8 contralaterales. La presencia de lesiones isquémicas cerebrales agudas silentes (LICAS) en la RM posoperatoria (9,8 % vs. 3,4 %, $p = 0,076$), el enolismo (16 % vs. 3 %, $p = 0,003$), la permeabilidad primaria (3,8 % vs. 16,7 %, $p = 0,035$) y el valor de Interleucina-2 (IL-2) (8,2 (DE 19,1) vs. 1,7 (DE 1,5) pg/dL; $p < 0,001$) se identificaron como factores asociados a la recurrencia de ictus isquémico. El enolismo persistió como predictor independiente (OR 15,1; 2,1-105,7; $p = 0,006$) y la permeabilidad primaria como protector independiente (OR 0,064; 0,007-0,556; $p = 0,013$).

Conclusiones: En nuestra serie, la recurrencia de ictus isquémico es acorde a la descrita en la literatura y se asocia con la permeabilidad primaria y el enolismo; ambos relacionados con la recurrencia. Una mayor muestra podría ayudar a discernir el papel de las LICAS en la RM posoperatoria y la IL-2.

CO 233. IMPACTO DEL CONTROL DEL COLESTEROL-LDL EN LA PERMEABILIDAD DE PROCEDIMIENTOS ENDOVASCULARES POR ISQUEMIA CRÍTICA DE MIEMBROS INFERIORES

Robert Josua Cedeño Peralta, Carolina Herranz Pinilla, Carlos Martínez Rico, Alba Amaré Chiminós, Xavier Martí Mestre, Elena Iborra Ortega
Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Objetivos: Evaluar si un control óptimo de niveles de c-LDL mejora la permeabilidad a largo plazo y reduce la incidencia de complicaciones cardiovasculares en pacientes sometidos a procedimientos endovasculares

Material: Se revisaron 330 historias clínicas entre enero/2020-enero/2022 de las cuales 149 cumplieron criterios de inclusión.

Metodología: Estudio analítico, retrospectivo, unicéntrico. Se evaluaron características de pacientes, control del colesterol, permeabilidades mediante control ecográfico a los 6, 12, 18, 24 y 36 meses, así como salvamento de extremidad, mortalidad y presencia de eventos cardiovasculares adversos mayores (MACE). Se utilizaron curvas de supervivencia.

Resultados: Se identificaron 149 pacientes y se trataron 192 vasos. La edad media fue de 71 años, un 77 % eran hombres y 23 % mujeres. Los factores de riesgo más prevalentes fueron la diabetes mellitus 81 %, HTA 85 %, dislipidemia 100 %, cardiopatía isquémica 30 % y tabaquismo 85 %. El 79 % de pacientes presentaban una clasificación de Rutherford 5-6 y un 21 % clasificación 4. Por tipo de intervención un 22 % angioplastia simple, 17 % medicalizada y 61 % angioplastia + *stent*. Según la clasificación de muy alto riesgo cardiovascular 42 % tenían un manejo óptimo de c-LDL (< 55 mg/dl), un 32 % subóptimo (entre 55-100 mg/dl) y un 26 % inadecuado (> 100 mg/dl). Los porcentajes de permeabilidad primaria y primaria asistida a los 36 meses fueron de 75 % y 88 %. Durante el seguimiento de permeabilidad se presentaron un total de 37 eventos (reestenosis 20 y oclusión 17), la curva de permeabilidad a 36 meses en relación con los eventos y control de c-LDL mostró en el subgrupo < 55 mg/dl 0 eventos con una permeabilidad del 100 %, en el subgrupo 55 mg/dl-100 mg/dl 5 eventos un 14 %, en el subgrupo > 100 mg/dl 32 eventos un 86 % y este último presentaba peores porcentajes de permeabilidades a los 6-12 meses en las curvas de supervivencia (*Log-rank* < 0.001). El salvamento de la extremidad y supervivencia libre de amputación a los 36 me-

ses fue igual con un 92 %; la tasa de mortalidad a los 36 meses fue del 15 %. La presencia de MACE fue del 19 % (17 % muerte por causa cardiovascular, 42 % infarto, 36 % ictus y 5 % revascularización coronaria).

Conclusiones: Un control estricto del c-LDL parece asociarse con una mayor permeabilidad de los procedimientos endovasculares, por lo cual aplicar estrategias para su correcto control debería ser prioritario.

CO 34. DIFERENCIAS POR GÉNERO EN LAS TENDENCIAS Y LA SUPERVIVENCIA EN LA CIRUGÍA DE LOS ANEURISMAS DE AORTA ABDOMINAL EN CATALUÑA

Lluna Viñas Valls, Xavier Faner Capó, Marvin Ernesto García Reyes, David Flota Ruiz, Álvaro Salinas Cánovas, Sergi Bellmunt Montoya
Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

Objetivos: Es conocida la potencial desventaja de las mujeres respecto los hombres en la reparación de aneurismas de aorta abdominal (AAA). Este estudio analiza las tendencias por género de la cirugía electiva y urgente de AAA, las tendencias por género del EVAR y cirugía abierta, así como las diferencias de mortalidad.

Material: Este estudio retrospectivo multicéntrico analiza todas las reparaciones de AAA infrarrenales realizados en Cataluña desde 2010 a 2022 a partir de una base de datos administrativa.

Metodología: Se analizaron y compararon tendencias en la proporción de cirugía urgente frente a electiva por género en AAA a lo largo del periodo de estudio, así como la *ratio* de EVAR y cirugía abierta para los AAA electivos. Se compararon las supervivencias a corto y largo plazo para EVAR y cirugía abierta en hombres frente a mujeres mediante modelos de regresión Cox ajustados por factores de riesgo. Se realizó un subanálisis comparando centros de alto y bajo volumen.

Resultados: 5747 pacientes se intervinieron de AAA, 244 (4,2 %) de ellos mujeres. Se observó un aumento de la proporción de mujeres sometidas a cirugía respecto al total de reparaciones, aunque solamente fue significativo para cirugía electiva ($p = 0.01$). La cirugía urgente en mujeres disminuyó durante el periodo de estudio ($p = 0.005$), mientras se mantuvo estable en hombres ($p = 0.322$). Para cirugía electiva, durante el periodo de estudio el uso de EVAR aumentó significativamente en hombres, y mostró una tendencia positiva no significativa en mujeres ($p < .001$ y $p = 0.068$ respectivamente). Aunque la mortalidad total a 30 día en cirugía electiva fue significativamente más alta en mujeres [5.4 % vs. 2.7 % ($p = 0.027$)], no se observaron diferencias por sexo en la mortalidad total ajustada a los 5 años en el total de AAA ($p = 0.923$), tampoco para EVAR ($p = 0.602$) o cirugía abierta ($p = 0.270$) por separado. La ausencia de diferencias entre géneros se mantuvo al analizar por centros de alto y bajo volumen.

Conclusiones: La tasa de cirugía urgente en mujeres ha disminuido en la última década, hecho no observado en hombres. Mientras que las mujeres mostraron mayor mortalidad a corto plazo en cirugía electiva, la supervivencia a largo término se iguala entre géneros.

CO 48. IMPLANTACIÓN DEL CÓDIGO FÍSTULA EN UN HOSPITAL TERCIARIO: ANÁLISIS DE NUESTRA EXPERIENCIA

Jorge Álvarez Gómez, Alfonso Jiménez Elbaile, Beatriz García Nieto, Noemí Hidalgo Iranzo, Inés Torres Nieto, Ana Cristina Marzo Álvarez
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

Objetivos: Evaluar los resultados obtenidos en el rescate quirúrgico de accesos vasculares disfuncionantes por trombosis aguda en los últimos 8 años, tras la implantación del Código Fístula en un hospital terciario.

Material: Se incluyó a pacientes sometidos a intervención quirúrgica para el rescate del acceso vas-

cular por trombosis aguda desde enero 2017 hasta enero de 2025.

Metodología: Estudio descriptivo, unicéntrico y retrospectivo. Variable principal: tasa de éxito del rescate y tasa de catéteres evitados. Variables secundarias: causa de trombosis, técnica quirúrgica, permeabilidad primaria y permeabilidad primaria asistida.

Resultados: Rescate de 39 accesos, en 34 pacientes. Veinticinco (73,53 %) varones. La media de edad fue $66,20 \pm 12,10$ años. Se rescataron 21 (53,80 %) fístulas radio-cefálicas, 10 (25,64 %) humero-cefálicas, 2 (5,13 %) humero-basílicas y 6 (15,38 %) humero-axilares protésicas. La tasa de éxito del rescate fue 79,5 %, con 8 disfunciones por nueva trombosis del acceso en el posoperatorio inmediato. El 70,6 % de los pacientes se evitó la necesidad de implante de catéter. La etiología de la disfunción del acceso más frecuente fue la estenosis yuxtaanastomótica, 13 (33,33 %), seguida de estenosis del trayecto de vena cefálica y aneurismas venosos que se presentaron 9 (23,07 %) y 8 (20,51 %) casos, respectivamente. Se realizaron 34 (87,18 %) rescates primarios y 5 (12,82 %) secundarios. El tiempo medio entre diagnóstico y la intervención fue $0,39 \pm 0,75$ días. La técnica quirúrgica abierta y combinada con endovascular fue la más empleada, 28 (71,80 %) y 9 (23,07 %) de los casos respectivamente. El tiempo medio de seguimiento fue de 18,90 meses (rango 0,03-97,70). La tasa de permeabilidad primaria fue 87,34 % a los 6 meses y 82,97 % a los 12 meses, con una media de duración de 18,90 meses (rango: 0,06-38,40). La tasa de permeabilidad primaria asistida alcanzó el 96,70 % a los 6 meses y el 92,30 % a los 12 meses, con una media de 21,80 meses (rango: 0,07-97,70).

Conclusiones: La implementación del código fístula ha permitido optimizar el manejo de la trombosis de accesos vasculares, con elevadas tasas de éxito en el rescate y una reducción significativa en la necesidad de la implantación de catéter venoso central. Además, este tipo de estrategias permite preservar al máximo el capital venoso.

CO 58. TENDENCIAS EN LA ACTIVIDAD ANUAL DE LA CIRUGÍA VASCULAR EN ESPAÑA Y PLAN DE FUTURO: RESULTADOS DE DIAGNÓSTICOS Y PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DEL REGISTRO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA NACIONAL

Sandra Vicente Jiménez^{1,2}, Elia Perez Fernández¹, Patricia Lucia Barber Pérez², Manuel Maynar Moliner², Luis de Benito Fernández¹, Beatriz González López-Valcárcel²

¹Hospital Universitario Fundación de Alcorcón. Madrid.

²Universidad Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria

Objetivos: Evaluar las tendencias anuales en procedimientos quirúrgicos y diagnósticos de la especialidad de Angiología y Cirugía Vascular (ACV) en España, durante un período de 8 y 17 años, respectivamente, con horizonte temporal en 2035.

Material: Estudio observacional retrospectivo de base poblacional.

Metodología: Se revisaron los datos de actividad ACV del registro nacional RAE-CMBD de los principales diagnósticos entre 2006-2022 y procedimientos vasculares entre 2016-2023. Se calcularon las tasas de incidencia ajustadas por edad y sexo y se utilizaron modelos de Poisson para estimar las tendencias anuales (IRR).

Resultados: Entre 2006-2022 la tasa ajustada de diagnósticos en los servicios ACV aumentó de 157,2 /100 000 habitantes (IC95 %: 156-158,4) a 237,4/100 000 habitantes (IC95 %: 236-238,8). La tendencia lineal anual estimada fue del 2 % (IRR = 1,02; IC95 %: 1-1,03; $p = 0,006$), con un comportamiento similar por edad y sexo. Por tipo de diagnóstico, encontramos un incremento anual ajustado por edad y sexo estadísticamente significativo entre 1-4 % en varices, enfermedad arterial periférica, pie diabético, fístula arteriovenosa, aneurisma periférico e insuficiencia venosa pélvica. Entre 2016-2023, la tasa ajustada de procedimientos quirúrgicos en ACV aumentó de 266,8/100 000 habitantes (IC95 %: 265,3-268,3) a 380,4/100 000 ha-

bitantes (IC95 %: 378,7-382,2). Se observaron tendencias similares según sexo y edad. La tendencia lineal anual estimada muestra un aumento del 4 % (IRR = 1,04; IC95 %: 1-1,08; $p = 0,049$), similar por sexo o edad. Por tipo de procedimiento, encontramos un incremento ajustado por edad y sexo estadísticamente significativo del 13 % en endoprótesis torácicas, 10 % en *stents* venosos, 9 % en revascularización arterial endovascular de miembros inferiores, 8 % en intervenciones de varices, 7 % en revascularización aortoiliaca endovascular, y 5 % en endarterectomía carotídea, 4 % en desbridamiento de úlceras, y del 3 % en amputación de miembros inferiores. En 2035 se estima una tasa de diagnósticos de 295,3/100 000 habitantes y de 606,3/100 000 habitantes en el número de procedimientos quirúrgicos.

Conclusiones: En España, la tasa de incidencia de procedimientos y diagnósticos vasculares está aumentando tanto en varones como mujeres y para todas las edades. Es importante cuantificar dichas patologías y analizar sus tendencias para poder crear planes de prevención, desarrollo de unidades, análisis de necesidades de especialistas, desarrollo de programas formativos y análisis de tecnologías para el tratamiento de las mismas.

CO 95. IMPLEMENTACIÓN DEL TIEMPO DE ACELERACIÓN PEDAL COMO HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA Y PRONÓSTICA: EXPERIENCIA INICIAL EN NUESTRO CENTRO

Selma Suárez González, Esther Bravo Ruiz, Álvaro Peñalba Vicario, Amira Aguado Pereda, Andoni González Fernández, Laura Yáñez García, Reyes Vega Manrique

Hospital Universitario Basurto. Bilbao

Objetivos: Evaluar la utilidad del tiempo de aceleración pedal (PAT: siglas en inglés) en el diagnóstico de enfermedad arterial periférica (EAP). Estudiar su asociación con la escala Wifl (*Wound, Ischemia and foot Infection*), cicatrización de lesión, riesgo de amputación e indicación de revascularización.

Material: Lesiones tróficas en extremidades inferiores (LEI) a las que se realiza PAT entre noviembre 2023 y noviembre 2024 en nuestro centro.

Metodología: Estudio retrospectivo, observacional. Se registran factores de riesgo cardiovascular clásicos, presencia de cardiopatía isquémica (CI) y enfermedad renal crónica (ERC), exploración vascular, clasificación Rutherford y Wifl, PAT, prueba radiológica diagnóstica, cirugía de revascularización, amputación y cicatrización de lesión. Análisis descriptivo y estadístico (t-Student, Fisher, regresión logística, *log-rank*).

Resultados: Se incluyen 48 LEI. El 91,7 % ($n = 44$) asocia hipertensión arterial, 64,6 % ($n = 31$) dislipemia, 91,7 % ($n = 44$) diabetes *mellitus*, y únicamente 33,3 % ($n = 16$) presenta CI y ERC. Treinta y nueve (81,3 %) casos tienen obstrucción infrapoplíteica, y 36 (75 %) pertenecen a la categoría 5 Rutherford. El 47,9 % ($n = 23$) son lesiones profundas, con exposición ósea/tendinosa, 54,2 % ($n = 26$) sin gangrena y 66,7 % ($n = 32$) con algún grado de infección. En el 47,9 % ($n = 23$) de los casos no colapsa la presión en tobillo, limitando el cálculo del estadio Wifl al 66,67 % ($n = 32$) de las LEI. Se objetiva PAT clase 1 en 15 (31,2 %) casos, clase 2 en 23 (47,9 %), clase 3 en 7 (14,6 %) y clase 4 en 3 (6,2 %); sin identificarse asociación con el estadio Wifl ($p = 0,74$) ni con el riesgo de amputación menor ($p = 0,66$) ni mayor ($p = 0,96$). El 65,8 % ($n = 25$) de las LEI con PAT 1-2 no asocia otra prueba radiológica diagnóstica ($p = 0,018$); y en el 70 % ($n = 7$) de los casos con PAT 3-4 se realiza procedimiento de revascularización ($p = 0,010$). Los días de cicatrización de lesión tienden a aumentar correlativamente con la clase PAT 1 y 2 (1:122,89; 2:154,55) ($p = 0,74$), siendo en las LEI con PAT 3-4 donde se observa menor probabilidad de cicatrización (OR = 0,39, $p = 0,21$). La existencia de infección profunda en este grupo de LEI asocia peor pronóstico de cicatrización (OR = 4,84, $p = 0,04$).

Conclusiones: El PAT evita la realización de otras pruebas radiológicas diagnósticas de EAP, y es útil en la indicación de revascularización. Clases más altas de PAT tienden a requerir mayor tiempo de cicatrización, siendo la presencia de infección profunda la que empeora el pronóstico de la misma.

CO 75. ESCALA DE RIESGO HEMORRÁGICO OAC3-PAD, UNA HERRAMIENTA A CONSIDERAR TRAS LA REVASCULARIZACIÓN ENDOVASCULAR DE MIEMBROS INFERIORES

Víctor Manuel Delgado Caro, Ana Apodaka Díez, Beatriz Carrascal Rojo, María Castrillo Cornejo, Eduardo Pérez Prieto
Hospital Universitario de Cruces. Bilbao

Objetivos: Se ha presentado la escala OAC3-PAD como una vía para estimar el riesgo hemorrágico a un año en pacientes sometidos a revascularización endovascular de MMII. Se evalúa su aplicación en nuestro centro.

Material: Estudio retrospectivo de pacientes con isquemia crónica de MMII sintomáticos que fueron sometidos a revascularización endovascular de 2020 a 2021. Se clasificaron según la escala OAC3-PAD en cuatro grupos de riesgo de sangrado. Se registraron episodios de hemorragia mayor, y hasta un año posterior a la revascularización, según la sociedad internacional de trombosis y hemostasia.

Metodología: Estudio retrospectivo de pacientes con isquemia crónica de MMII sintomáticos que fueron sometidos a revascularización endovascular de 2020 a 2021. Se clasificaron según la escala OAC3-PAD en cuatro grupos de riesgo de sangrado. Se registraron episodios de hemorragia mayor, y hasta un año posterior a la revascularización, según la sociedad internacional de trombosis y hemostasia.

Resultados: Se incluyeron 207 pacientes (edad media de 72 años $\pm$ 10,9; 76,8 % varones). Durante el seguimiento 24 (11,6 %) pacientes presentaron una hemorragia mayor. Aplicada la escala OAC3-PAD resultó una distribución; 0 (0 %) bajo riesgo, 54 (26,1 %) bajo-moderado, 21 (10,1 %) moderado-alto, 132 (63,8 %) alto riesgo. La incidencia de sangrados mayores, 3,7 % (2/54) en el grupo de bajo-moderado riesgo, 4,8 % (1/21) en el grupo de moderado-alto riesgo, 15,9 % (21/132) en el grupo de alto riesgo. Siendo esta relación de significancia estadística (chi-cuadrado).

$p < 0.001$) en el grupo de bajo-moderado riesgo y alto riesgo. La escala OAC3-PAD obtuvo un AUC de 0,666 para predecir una hemorragia mayor al año de pacientes sometidos a revascularización endovascular de MMII (IC del 95 %; 0,551-0,780).

Conclusiones: En nuestra experiencia la escala OAC3-PAD permite identificar pacientes con revascularización endovascular de MMII y alto riesgo de sangrado. Aplicar la escala OAC3-PAD podría establecer mejores estrategias de tratamiento y seguimiento en estos pacientes.

CO 98. FACTORES PRONÓSTICOS DE MORTALIDAD PRECOZ EN ANEURISMAS DE AORTA ABDOMINAL ROTOS INTERVENIDOS

Víctor Tristán Calvo, Natalia Moradillo Renuncio, Gonzalo González Pérez, Héctor José Montoya Catalá, Ruth Fuente Garrido, Ignacio de Loyola Agúndez Gómez
Hospital Universitario de Burgos. Burgos

Objetivos: Evaluar la mortalidad a 30 días y factores asociados a la misma, en pacientes intervenidos por aneurisma de aorta abdominal roto (AAAR).

Material: Pacientes intervenidos de AAAR en un centro hospitalario entre enero de 2003 y octubre de 2024. Se excluyeron aneurismas sintomáticos.

Metodología: Estudio retrospectivo, longitudinal y unicéntrico. Se recogen datos demográficos, antecedentes médicos, tratamientos previos, fecha y tipo de intervención realizada, valores analíticos, escalas de severidad en pacientes críticos (APACHE II), así como la distancia desde el domicilio del paciente al centro de referencia.

Resultados: Se incluyeron 162 pacientes, edad media 75,4 años (DS: 9,7), 95,4 % varones, presentando alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular. El 58 % de pacientes se sometieron a cirugía abierta, el 37 % endovascular y el 5 % requirió reconversión a cirugía abierta, presentando

las diferentes técnicas mortalidad precoz de 60,6 %, 23,3 % y 50 % respectivamente ($p = 0,001$). Además del tipo de técnica quirúrgica se evidenció relación con la mortalidad a 30 días la presencia de coagulopatía preoperatoria ($p = 0,001$), la hipoperfusión ($p = 0,001$), así como puntuación elevada en la escala APACHE II (puntuación media de 26,2 en el grupo de mortalidad precoz frente a 17,8 en el grupo de supervivencia, $p = 0,001$). No se encontró relación entre mortalidad precoz y edad o sexo del paciente, hemoglobina preoperatoria, distancia al centro hospitalario o toma de medicación anticoagulante o antiagregante previa. En análisis por curvas ROC, el ácido láctico > 3 mmol/l obtuvo sensibilidad (S) del 80 % y especificidad (E) de 72,6 % para evaluar la mortalidad precoz con un AUC del 81 % (IC: 73-89 %). El valor de INR $> 1,67$ y el potasio $> 4,6$ presentan S: 62,3 % y 59,6 %; E: 81 % y 75,9 % respectivamente, con un AUC del 77 % (IC: 68-85 %) para el INR y del 70 % (IC: 61-80 %) para el potasio.

Conclusiones: El tipo de intervención, la puntuación elevada de la escala APACHE II, la coagulopatía e hipoperfusión pueden ayudar a predecir la mortalidad precoz en AAAR. Los niveles elevados de INR, ácido láctico y potasio son parámetros fáciles y rápidos de medir, con costo muy bajo que pueden ayudar en la toma de decisiones en AAAR.

CO 114. EVALUACIÓN CLÍNICA Y FUNCIONAL EN PACIENTES CON RESECCIÓN DE PRIMERA COSTILLA POR SÍNDROME DE ESTRECHO TORÁCICO VENOSO

Ainhoa Figuérez Marcos, Agustín Mínguez Bautista, Francina Rocamora Horrach, Raúl Lara Hernández, Carles Corominas Roura, Pascual Lozano Vilardell
Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca

Objetivos: Analizar permeabilidad primaria y escalas clínicas de funcionalidad (test de Villalta pre y posquirúrgica y Quick-Dash) y los factores de riesgo y complicaciones relacionados con síndrome de estrecho torácico venoso tratados mediante resección de primera costilla.

Material: Pacientes intervenidos de resección de primera costilla entre los años 1997-2024.

Metodología: Estudio observacional retrospectivo.

Resultados: Se analizaron 54 pacientes (51.9 % mujeres) con síndrome de estrecho torácico venoso con media de edad de 34 años (DE 12,5). El 51,2 % fueron diagnosticados en el brazo dominante. El 32,6 % realizaban movimientos repetitivos secundarios a actividad laboral y el 39,5 % relacionados con deportes de riesgo. Un paciente presentó costilla cervical asociada y 2 fueron diagnosticados de síndrome antifosfolípido. Se objetivó una asociación familiar en un 9,3 % de los casos. El 83,3 % debutaron con trombosis venosa profunda (síndrome de Paget-Schroetter), de los cuales al 100 % se realizó fibrinólisis dirigida por catéter (FDC), en 25 pacientes se asoció ATP venosa y en 3 de ellos se implantó un *stent*. El 17.7 % presentaban estenosis sintomática de vena subclavia tratándose el 22,2 % con ATP venosa. No hubo ningún caso de mortalidad asociada. La tasa de complicaciones posquirúrgica fue del 7,4 % (dos neumotórax, un síndrome de Horner y una lesión de vena subclavia). Además, se observó un 100 % de roturas de *stents* durante el seguimiento. Se objetivó una reducción media en el test de Villalta de 17,45 puntos con respecto al valor preoperatorio con un valor medio posoperatorio de 2,75 puntos (leve; DE 3,5); así como un resultado medio posoperatorio del test de Quick Dash de 15,1 puntos (DE 6,7). La tasa de permeabilidad primaria fue del 100 % en el seguimiento. El 69 % no presentaba variación en el diámetro de brazo entre ambas extremidades en el seguimiento. El 13,8 % tuvo un edema residual < 5 % y el 17,2 % entre 5-10 %.

Conclusiones: La resección de la primera costilla en pacientes con síndrome de estrecho torácico venoso es una técnica eficaz para la reducción de la sintomatología evaluadas a través de las escalas de funcionalidad (Villalta y Quick Dash) con una tasa de permeabilidad elevada en el seguimiento.

CO 123. IDONEIDAD ANATÓMICA DE LAS ENDOPRÓTESIS TORÁCICAS CON RAMA PARA SUBCLAVIA GORE® TAG® TBE Y MICROPORT® ENDOVASTEC™ CASTOR™ EN PACIENTES CON LESIONES TRAUMÁTICAS DE LA AORTA TORÁCICA

Diego Juárez Enríquez, Sergi Bellmunt Montoya, Iván Constenla García, Xavier Faner Capó
Hospital Universitari Vall d'Hebrón. Barcelona

Objetivos: Determinar la idoneidad anatómica según las instrucciones de uso de las endoprótesis con rama para subclavia (GORE® TAG® TBE y Microport® Endovastec™ Castor™), en pacientes con traumatismo de la aorta torácica con indicación quirúrgica.

Material: Se seleccionaron todos los pacientes con lesión traumática de aorta torácica grados III y IV con indicación de sellado en zona 2 y se analizaron los angio-TAC preoperatorios con el *software* 3mensio vascular.

Metodología: Se analizaron los diámetros aórticos en zonas 2, 3 y 4, las longitudes desde la lesión a los troncos supraaórticos y entre troncos supraaórticos mediante center-lumen-line y curvatura externa. Se analizaron también las características de la arteria subclavia izquierda y origen de la arteria vertebral. Además, se analizaron los diámetros y características de los accesos ilíacos. Las mediciones se realizaron por un explorador y se comprobaron por un segundo explorador. Se analizó la idoneidad anatómica según las instrucciones de uso de cada una de las dos prótesis y se determinó si hubiera sido factible su implantación. Se realiza una estadística descriptiva y un análisis bivariante de las mismas.

Resultados: Entre 2010 y 2024 se incluyeron 24 pacientes, con edad media de 36.8 años (DE = 15.9). Dieciséis pacientes (66.6 %) con traumatismo grado III y 8 (33.3 %) grado IV. La media del diámetro de sellado proximal 23.2 mm (DE = 3.4), diámetro de sellado distal 19.6 mm (DE = 4.0), distancia entre subclavia izquierda y lesión 11.3 mm (DE = 6.9)

y longitud total de tratamiento 95.5 mm (DE = 18.9). Con TBE portal 8 mm, 16 pacientes (66.6 %) cumplieron todos los criterios. Con Castor, 10 pacientes (41.6 %) cumplieron todos los criterios. Con TBE portal 8 mm, el criterio con mayor incumplimiento fue la longitud de subclavia izquierda a vertebral con 4 casos (16.6 %), mientras que Castor fue el diámetro de sellado proximal, con 12 casos (50 %).

Conclusiones: Los resultados muestran que en la mayoría de pacientes habría sido factible la implantación de TBE portal 8 mm, siendo la principal limitación la mayor longitud necesaria para subclavia izquierda (≥ 30 mm), a diferencia de Castor que requiere un mayor diámetro de sellado proximal (≥ 23 mm).

CO 200. EL PAPEL DEL ACCESO RETRÓGRADO EN OCLUSIONES TOTALES CRÓNICAS (OTC) INFRAINGUINALES: EVALUACIÓN DE 10 AÑOS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Robert Josua Cedeño Peralta, Begoña Gonzalo Villanueva, Carolina Herranz Pinilla, Alba Amaré Chimenos, Malka Huici Sánchez, Elena Iborra Ortega *Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona*

Objetivos: Evaluar la viabilidad, seguridad y eficacia del acceso retrógrado en el tratamiento endovascular de las oclusiones totales crónicas (OTC) infrainguinales en nuestro centro.

Material: Datos de historias clínicas de pacientes tratados por OTC mediante procedimientos endovasculares infrainguinales que requirieron acceso retrógrado entre enero/2013-febrero/2024.

Metodología: Estudio analítico, retrospectivo, unicéntrico. Se evaluaron las características basales de los pacientes, detalles técnicos del procedimiento y datos de seguimiento: permeabilidades, salvamento de extremidad y mortalidad a los 6-12 meses.

Resultados: Se identificaron 76 pacientes durante el período del estudio (65 % hombres y 35 % mujeres, edad media 76,4 años) entre 1526 procedimientos realizados que representan el 4,9 % de los casos. La diabetes *mellitus*, HTA, dislipidemia, IRC y tabaquismo estuvieron presentes en el 83 %, 96 %, 88 %, 42 % y 51 % respectivamente. El 99 % de pacientes presentaban una clasificación de Rutherford 5-6. Angiográficamente la clasificación GLASS fue grado III en el 83 %, II en el 16 % y I en el 1 %. El motivo del acceso retrógrado fue el fracaso del acceso anterógrado en el 96 % de los casos y en un 4 % el abordaje anterógrado era inviable. En relación al vaso seleccionado para la punción, la TA fue elegida en el 39 %, la TP en 24 %, peronea en 20 %, poplítea en 8 % y pedia en 9 %. Todos los procedimientos fueron guiados por ecografía, se logró una punción exitosa en el 98,6 % de los casos y el éxito técnico del procedimiento fue del 93,4 %. Durante el seguimiento a los 6 y 12 meses la permeabilidad primaria fue del 76 % vs. 60 %, la primaria asistida del 84 % vs. 74 % y la secundaria del 89 % vs. 80 % respectivamente. El salvamento de la extremidad a los 6-12 meses fue similar con un 85 %, con una tasa de mortalidad a los 6-12 meses del 13 % y 23 % respectivamente.

Conclusiones: El acceso retrógrado para OTC infrainguinales es una técnica de rescate segura y eficaz cuando el abordaje anterógrado no es factible permitiendo tratar pacientes con oclusiones infrainguinales complejas.

CO 132. ISQUEMIA CRÍTICA DE MIEMBROS INFERIORES, ¿ES LA REVASCULARIZACIÓN EXCLUSIVA PROXIMAL UNA OPCIÓN?

Ana Isabel Guillén Cascales, Celia Rioja Olmedo, Pedro García Garrido, Manuel Guillén Fernández, Rocío Rodríguez Carmona, Rodrigo Yoldi Bocanegra *Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería*

Objetivos: Analizar la transcendencia de la revascularización proximal, en particular de la AFP, en pacientes con isquemia crítica de MMII con afectación multínivel (aorto, ilíaca y femoropoplítea concomitante).

Material: Realizamos un estudio analítico y retrospectivo de una cohorte de pacientes con isquemia crítica que acudieron a nuestro centro entre enero-2015 y diciembre-2023, en los que se llevó a cabo una revascularización proximal sin tiempo infrainguinal, siendo la arteria femoral superficial patológica.

Metodología: Los pacientes se dividieron en dos grupos en función de la necesidad de revascularización infrainguinal en un segundo tiempo, por persistencia de su situación isquémica. Evaluamos la permeabilidad de la AFP, su grosor, grado de calcificación, colateralidad de la misma y zona de reinyección, así como la permeabilidad de ejes distales e ITB prequirúrgico.

Resultados: 77 pacientes siendo el 85 % hombres con una media de edad de 69 años. La comorbilidad más frecuente fue el tabaquismo. El 41.6 % de los pacientes presentaban isquemia arterial crónica grado III y el 58.4 % eran grado IV. 28 pacientes (36 %) precisaron de una revascularización infrainguinal por persistencia de su situación isquémica y 49 pacientes (63 %) se resolvieron mediante una revascularización exclusiva del eje proximal, ya sea por técnicas de *stenting* ilíaco, endarterectomía femoral con o sin profundoplastia o combinaciones de las anteriores. Ambos grupos resultaron estadísticamente comparables. Tras realizar las comparaciones oportunas, se obtuvo significación estadística a favor de precisar una revascularización distal en las siguientes variables: diámetro proximal de la AFP, estableciendo el punto de corte en 5.5 mm (sensibilidad del 93 % y especificidad del 75 %), calcificación de la AFP mayor del 50 %, pobre colateralidad, zona de reinyección en 3.ª porción de poplítea y ejes distales, y ausencia de eje troncular con entrada al pie.

Conclusiones: La revascularización exclusiva del sector proximal es una buena opción quirúrgica y debe ser considerada en pacientes con isquemia crítica de MMII que presentan una calcificación de AFP menor del 50 %, buena colateralidad compensatoria, zona de reinyección a nivel de primera. segunda porción de arteria poplítea, diámetro de AFP > 5.5 mm y presencia de al menos un eje distal con entrada en el pie.

CO 176. DISPONIBILIDAD Y COMPRENSIBILIDAD DE LA TERMINOLOGÍA VASCULAR EN ESPAÑOL: UN ANÁLISIS COMPARATIVO DE FUENTES DE ACCESO PÚBLICO

María Álamo Rodríguez, Adéla Kotátková, José Carlos Roselló Paredes, Noelia Garzón Bergadá, Irene Peinado Zanón, Manuel Miralles Hernández
Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia

Objetivos: El acceso a la información médica especializada es cada vez más demandado, tanto por facultativos como por pacientes. 1. Identificar la disponibilidad de términos vasculares en las principales fuentes de acceso público. 2. Analizar la dificultad y comprensibilidad de sus definiciones.

Material: Tres evaluadores independientes: dos lingüistas y ChatGPT. Fuentes oficiales disponibles: 1. Diccionario de términos médicos (DTM); 2. Diccionario panhispánico de términos médicos (DPTM); 3. Diccionario de la lengua española (DLE); 4. Wikipedia en español; 5. Glosario de la Fundación Española del Corazón (GFEC).

Metodología: Se analizaron 150 términos de cirugía vascular en castellano. Se evaluó el porcentaje de términos disponibles en las 5 fuentes. Posteriormente, se seleccionaron los términos presentes en ellas para evaluar su legibilidad y comprensibilidad. Se realizó un análisis lingüístico automatizado mediante un *software* específico (escala INFLESZ) para medir su legibilidad (0-100/muy difícil-muy fácil). La comprensibilidad de las definiciones se valoró mediante una escala diseñada específicamente (1-5/muy difícil-muy fácil) por los tres evaluadores independientes y la concordancia entre ellos mediante el Coeficiente de Correlación Intraclass (CCI).

Resultados: El DPTM, DTM y Wikipedia fueron las fuentes más completas, cubriendo el 84,7 %, 84 % y 78 % de los términos analizados, aunque excluyeron algunos relevantes de la especialidad. Wikipedia destacó por la presencia de epónimos. DPTM y DTM permiten búsquedas con variantes ortográficas incorrectas o desaconsejadas. El DLE y el GFEC incluyeron el 31,3 % y 20 % de los términos, respectivamente.

Solo 20 términos estaban presentes en las cinco fuentes. En el análisis lingüístico, se observó una excelente correlación entre los dos evaluadores y ChatGPT (CCI 0,91 (IC95 % 0,87-0,94)). Globalmente, los diccionarios médicos mostraron una baja legibilidad y comprensibilidad: DPTM 45,99 y 1,93; DTM 46,48 y 1,90 ("algo difíciles"). Wikipedia 54,10 y 2,37 ("algo difícil/normal"). Las fuentes con mejores resultados fueron GFEC 56,81 y 3,45 ("normal") y DLE 59,51 y 4,10 (normal/bastante fácil). Las fuentes más completas resultaron poco accesibles, mientras que las más accesibles incluyeron pocos términos vasculares.

Conclusiones: Este estudio evidencia la necesidad de recursos que garanticen información accesible y comprensible para facultativos y pacientes. Se propone crear en la web de la SEACV una sección pública con un glosario de términos específicos de la especialidad.

CO 85. FACTORES HEMODINÁMICOS RELACIONADOS CON LA PROGRESIÓN DE LAS ESTENOSIS CAROTÍDEAS MODERADAS ASINTOMÁTICAS EN PACIENTES CON ARTERIOPATÍA OBLITERANTE PERIFÉRICA

Juan Luis Martínez Pérez, Mónica Lacambra Penart, Sonia Pérez Cabezón, Alina Velescu, Eduardo Mateos Torres, Albert Clara Velasco
Hospital del Mar. Barcelona

Objetivos: Las pautas de seguimiento de las estenosis carotídeas moderadas dependen del riesgo de progresión. Este estudio analizó la relación entre los parámetros hemodinámicos del eco-Doppler y el riesgo de progresión de estenosis carotídeas moderadas a severas/oclusión.

Material: Cohorte consecutiva de pacientes con arteriopatía ocluyente periférica explorados con eco-Doppler carotídeo en el laboratorio vascular de un hospital de referencia en quienes se observó una placa en carótida interna asociada a algún criterio hemodinámico de estenosis 50-70 % (pico de velocidad sistólica carótida interna -PSV- 125-230 cm/seg y/o *ratio* sistólico interna/primitiva -*ratio*- 2-4).

Se recogieron datos demográficos, factores de riesgo vascular y parámetros hemodinámicos.

Metodología: El *end-point* principal fue la progresión por eco-Doppler a estenosis 70-99 % u oclusión. La relación entre parámetros hemodinámicos y progresión se estudió mediante regresión de Cox.

Resultados: De los 331 pacientes (mediana edad = 71 años, 79.5 % varones) estudiados, 52 (15.7 %) progresaron a estenosis > 70 %/oclusión, con una supervivencia libre de progresión a 2 y 5 años de 94.9 % y 83.4 %, respectivamente (seguimiento medio = 4.4 años). En el análisis bivariado, se asociaron a progresión el antecedente de tabaquismo (marginamente), el PSV (*p* lineal = 0.001), la velocidad diastólica de carótida interna (*p* lineal = 0.007) y el *ratio* (*p* lineal = 0.001). Tras ajuste por edad, sexo y tabaquismo, solo el PSV y el *ratio* mostraron, y simultáneamente, una asociación significativa e independiente con progresión a estenosis severa/oclusión (*Hazard Ratio* -HR- = 1.018, *p* < 0.001 y HR = 1.996, *p* = 0.002). El estadístico C asociado a la combinación de PSV y *ratio* fue de 0.75. Los mejores puntos de corte (índice de Youden) relacionados con progresión fueron PSV > 180 cm/seg y *ratio* > 2. La tasa de progresión a estenosis severa/oclusión a 5 años en pacientes con PSV 125-180 cm/seg pero *ratio* < 2 (*n* = 120) fue del 3.7 %, en aquellos con PSV > 180 cm/seg o *ratio* > 2 (*n* = 154) del 18 %, y en aquellos con PSV > 180 cm/seg y *ratio* > 2 (*n* = 57) del 43.5 %.

Conclusiones: En pacientes con arteriopatía periférica, solo aquellas lesiones carotídeas asociadas a PSV > 180 cm/seg o *ratio* > 2 serían tributarias de un seguimiento eco-Doppler regular. Si coinciden ambos parámetros, el seguimiento debería realizarse de forma estrecha.

CO 143. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE FACTORES ASOCIADOS A LA RECANALIZACIÓN VENOSA Y MEJORÍA CLÍNICA TRAS LA ABLACIÓN TÉRMICA DE SAFENA MEDIANTE ENDOLÁSER

Mónica García Pandavenes¹, Francisco Álvarez Marcos¹, Rubén Ansorena Cordeu¹, Pedro Fernández Díaz-Villabella², M.^a Angeles Menéndez Herretero¹, Manuel Alonso Pérez¹

¹Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

²Clínica Vascular Pedro Villabella. Oviedo

Objetivos: La ablación térmica mediante endoláser (EVLA) ha sido incorporada como tratamiento de la insuficiencia venosa crónica en muchos servicios quirúrgicos vasculares. Se describen nuestros resultados y se analizan para intentar identificar subpoblaciones donde la EVLA es especialmente efectiva.

Material: Pacientes sometidos a EVLA entre marzo de 2024 y enero de 2025 (dispositivo 1940 nm, con 3.5W de potencia). Seguimiento clínico y ecográfico al primer y sexto mes posprocedimiento.

Metodología: Revisión de base de datos mantenida prospectiva. Se incluyeron variables demográficas, estadio CEAP, anatomía venosa superficial, datos quirúrgicos y variables resultado (éxito técnico, trombo-sis de safena, drenaje del R3, complicaciones y reintervenciones). Estadística descriptiva e inferencial.

Resultados: Se incluyeron 102 pacientes (edad media $58,8 \pm 11$ años, 64,7 % mujeres), el 74,5 % en clase CEAP C2 y el 45,1 % con R3 infragenicular. Éxito técnico del 100 %, con tasa de trombosis safena en primera visita del 88,2 % y de drenaje del R3 del 75,5 %. En la segunda visita estas tasas se situaron en el 71,5 % y el 46,7 % respectivamente. El diámetro safeno ($p = 0,003$) y una clase CEAP superior a 2 (23,1 % vs. 8,6 %, $p = 0,038$) se comportaron como predictores independientes de trombosis safena en la primera visita. Entre los predictores de mejoría subjetiva no se incluyeron el diámetro safeno ni el peso, pero sí la edad (los que refieren mejoría son más jóvenes, $53,7 \pm 9$ vs. $60,0 \pm 15$ años, $p = 0,001$) y el estadio CEAP (61,5 % en CEAP ≥ 3 vs. 84,2 % en CEAP 2, $p = 0,003$).

Conclusiones: El tratamiento de la incompetencia safena con EVLA ofrece altas tasas de éxito técnico. Los pacientes con menor diámetro safeno, un esta-

dio CEAP 3 o superior y una menor edad pueden beneficiarse de mejores resultados en términos de trombosis y mejoría clínica.

CO 166. RESULTADOS DE LA ATERECTOMÍA ORBITACIONAL EN ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA

Robert Tejedor Millos, Josep Maria Romero Carro, Olga PeyPOCH Pérez, Esteve Bramon Casademont, Mariona Mas Padilla, Quim Jubert Raventós, Jaume Dilmé Muñoz

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

Objetivos: Evaluar la efectividad y seguridad de la aterectomía orbitacional como método de preparación arterial en lesiones calcificadas en enfermedad arterial periférica en un centro terciario.

Material: Pacientes con arteriopatía ocluyente grado IIB, III o IV con enfermedad arterial periférica con lesiones calcificadas moderadas o severas según consenso PARC intervenidos de forma endovascular aplicándose la técnica de aterectomía orbitacional.

Metodología: Estudio retrospectivo observacional que analiza la mejora del grado clínico, mejora del ITB posquirúrgico, complicaciones durante el procedimiento, salvamento de extremidad y reintervenciones de las lesiones tratadas durante el seguimiento.

Resultados: Se han intervenido 47 pacientes (edad media de 75,2 años (DS 8,3); 83 % hombres ($n = 39$)) y 51 extremidades entre los años 2018-2024 con una media de 21,3 meses (DS 18,7) de seguimiento. El 46,1 % ($n = 22$) fueron pacientes con isquemia crítica. En un 66,7 % ($n = 34$) de los casos se trató el sector ilíaco y en el 45,1 % ($n = 23$) el sector femoropoplíteo y distal. La mejora del grado clínico fue del 85,7 % al mes, 90,9 % a los 6 y 92,1 % a los 12 meses. El 56,3 % ($n = 27$) de los pacientes recuperaron pulsos distales. El 100 % de los pacientes que no los recuperó mejoró el ITB

posoperatorio, teniendo un índice promedio de 0,87 (DS 0,18). En ITB calcificados se valoraron las curvas distales. En el 33,3 % ($n = 17$) de los casos se asoció la colocación de *stent*, de los cuales el 47,1 % ($n = 8$) fue por disección. Intraoperatoriamente se observaron 3,9 % ($n = 2$) casos de embolización de troncos distales que se recuperaron en el procedimiento quedando sin secuelas. No hubo roturas arteriales secundarias al dispositivo. Durante el seguimiento se reintervinieron 13,7 % ($n = 7$) pacientes por reestenosis de lesiones tratadas con una media de tiempo desde la IQ de unos 20,8 meses (DS 18,6). Se realizaron un 2 % ($n = 1$) de amputaciones mayores.

Conclusiones: La aterectomía orbitacional es una técnica efectiva y segura en enfermedad arterial periférica como método de preparación arterial en lesiones calcificadas.

CO 210. NIVELES DE RADIACIÓN EN PROCEDIMIENTOS ENDOVASCULARES: ¿ESTAMOS EXPUESTOS A MAYOR DOSIS DE RADIACIÓN EN LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN LA SALA HÍBRIDA?

Marina Sola Barreda, Belén Rodríguez Aguado, Luis Santana Carrascosa, Paul Homero Luna Ávila, Francisco Manresa Manresa, Lucas Mengibar Fuentes
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivos: La transición del uso de arcos C móviles (AC) a sistemas de radiación híbridos (SH) en procedimientos endovasculares genera la necesidad de estudios de niveles de exposición en pacientes y profesionales. La Directiva de Normas Básicas de Seguridad de la UE requiere el uso y actualización periódica de niveles de referencia de radiación (DRL) para procedimientos intervencionistas.

Material: Estudio retrospectivo unicéntrico. Se incluyeron 69 pacientes.

Metodología: Se compararon las dosis de radiación (producto del área-kerma (KAP; Gy cm^2) y tiem-

po de fluoroscopia (seg) así como la correlación índice de masa corporal (IMC) con el KAP en arco en C (últimos seis meses de uso) y sala híbrida (seis primeros meses) para EVAR, FEVAR, TEVAR.

Resultados: Se compararon dosis de radiación expuestas en FEVAR ($n = 13$; 8 SH y 5 AC) y EVAR ($n = 40$; 29 SH y 11 AC). No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas para FEVAR (438 Gy cm^2 [± 193] vs. 345 Gy cm^2 [± 122]; $p = 0,31$) ni EVAR (157 Gy cm^2 [± 136] vs. 105 Gy cm^2 [± 69]; $p = 0,12$). En TEVAR ($n = 16$; 10 SH y 6 AC), los pacientes intervenidos en la sala híbrida recibieron mayor radiación (154 Gy cm^2 [± 125] vs. 50 Gy cm^2 [± 34]; $p = 0,03$). No se observaron diferencias significativas al comparar el tiempo de exposición total en cada uno de los procedimientos. Se observó una correlación positiva entre valores de IMC-KAP con el uso de AC que no fue significativa en SH. La comparación de terceros cuartiles (Q3) permite eliminar valores extremos, que pueden estar condicionados por características individuales de cada paciente. De esta forma, en todos los casos se observó que al comparar los valores del KAP, es mayor en la sala híbrida: FEVAR 1,26 veces mayor, EVAR 1,13 y TEVAR 4,06. Cabe señalar que en la sala híbrida no se superaron los DRL nacionales iniciales para EVAR y TEVAR.

Conclusiones: La dosis de radiación en SH presenta valores superiores al AC para FEVAR, EVAR y TEVAR pero no se ha podido demostrar significación estadística al comparar medias de radiación para FEVAR y EVAR ni en el tiempo total de radiación. La variabilidad anatómica y complejidad del procedimiento varía en cada caso individual, por ello, las dosis de radiación no deben utilizarse de forma aisladas, apoyando la necesidad de establecer DRLs para cada procedimiento.

CO 9. ENTENDIENDO EL FALLO DE MADURACIÓN DE LAS FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS: NUESTRA EXPERIENCIA

Inés Torres Nieto, Ana Cristina Marzo Álvarez, Beatriz García Nieto, Noemí Hidalgo Iranzo, Jorge Álvarez Gómez, Alfonso Jiménez Elbaile
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

Objetivos: Describir qué factores influyen en el fallo de maduración de las fístulas arteriovenosas (FAV) para hemodiálisis en nuestra muestra y la permeabilidad de las mismas a largo plazo.

Material: La revisión de historias clínicas tras la aprobación del estudio por parte del Comité de Ética permitió la recopilación de datos para realizar posteriormente un análisis estadístico.

Metodología: Se realizó un estudio observacional, analítico y retrospectivo, evaluando pacientes con ERC terminal intervenidos para la creación de una primera FAV entre enero de 2022 y mayo de 2024. Los pacientes se dividieron en dos grupos: aquellos con maduración óptima de la FAV a los 6 meses y aquellos en los que se produjo un fallo de maduración.

Resultados: De 142 pacientes incluidos en el estudio, 60 sufrieron fallo de maduración de la FAV, siendo la causa más frecuente la trombosis (35 %). El índice de masa corporal (IMC) elevado ($p < 0.001$) y la ausencia de *thrill* ($p = 0.010$) se relacionaron significativamente con el fracaso de maduración. En las fístulas radio-cefálicas, un menor diámetro arterial se asoció significativamente con el fallo ($p = 0.021$), mientras que en las no radio-cefálicas, un menor diámetro venoso fue el factor determinante ($p = 0.025$). Por otro lado, la curva de Kaplan-Meier mostró que la permeabilidad es significativamente menor en las mujeres frente a los hombres ($p = 0.024$), siendo del 41.9 % en ellas frente al 61.0 % en varones a los 6 meses.

Conclusiones: Un mayor IMC y la ausencia de *thrill* se asocian a una mayor frecuencia de fallo de maduración de la FAV de hemodiálisis. Además, un diámetro arterial menor de 2.89 mm en fístulas radio-cefálicas y un diámetro venoso menor de 2.9 mm en no radio-cefálicas, suponen mayor riesgo de fallo de maduración para el acceso vascular. Por último, el sexo femenino se asoció de forma significativa a una menor permeabilidad.

CO 10. RESULTADOS A CORTO-MEDIO PLAZO DE LAS ENDOPRÓTESIS iBEVAR FRENTE A FEVAR/T-BRANCH EN ANEURISMAS DE AORTA COMPLEJOS

Rita Calviño López-Villalta, María Rey Bascuas, Cristian José Rojas Molina, Tania Bustamante Zapata, Alba Méndez Fernández, Nilo Javier Mosquera Arochena

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela, A Coruña

Objetivos: El objetivo de este estudio es investigar los resultados del tratamiento de aneurismas de aorta abdominal complejos y aneurismas toracoabdominales mediante endoprótesis de ramas internas (iBEVAR) frente a endoprótesis fenestradas (FEVAR) o de ramas externas (*T-branch*) en cuanto a la permeabilidad de los *stents* puente (BSG) viscerales.

Material: Estudio retrospectivo monocéntrico observacional de pacientes intervenidos de F/B-EVAR entre 2019 y 2024 con un seguimiento clínico y radiológico mínimo de 6 meses. Se recopiló data demográfica de los pacientes, morfología aneurismática, características de los BSG, tasa de reintervención y morbilidad y mortalidad perioperatoria y a corto-medio plazo.

Metodología: El *endpoint* primario fue analizar la permeabilidad de los vasos diana (VD) comparando la tecnología iBEVAR (grupo A) frente a aquellos intervenidos mediante FEVAR o *T-branch* (grupo B). El *endpoint* secundario fue analizar la tasa de reintervención y mortalidad asociada.

Resultados: El estudio incluyó 145 VD de 38 pacientes (edad media 73 ± 6.28) tratados mediante F/BEVAR. Hubo 60 VD en el grupo A y 85 en el grupo B de los cuales 33 fueron troncos celíacos, 38 arterias mesentéricas superiores, 24 renales derechas y 23 renales izquierdas. El éxito técnico de los procedimientos fue del 100 %, la media de seguimiento fue de 31.75 ± 16.8 meses. Hubo tres oclusiones (5 %) en el grupo A and dos (2.3 %) en el grupo B. La permeabilidad total de las ramas a

los 60 meses fue de 96.6 % (140/145) y de las ramas libre de evento (oclusión o *endoleak* relacionada a *stent*) fue del 93.1 % (130/145). No hubo mortalidad perioperatoria ni durante el seguimiento relacionada a la patología aórtica (*survival rate*).

Conclusiones: La tecnología de ramas internas no parece afectar a los resultados en cuanto a la permeabilidad (oclusión o endofuga tipo Ic) del BSG en comparación con otros dispositivos de reparación compleja (FEVAR y *T-branch*). No obstante, estudios adicionales son necesarios para adquirir un resultado más contundente a medio-largo plazo.

CO 30. RESULTADOS DE LA REVASCULARIZACIÓN INFRAGENICULAR CON VENA AUTÓLOGA FRENTE A ARTERIA CRIOPRESERVADA: EXPERIENCIA CONTEMPORÁNEA

Alba Alonso Pastor, Paloma Alonso Diego, Francisco Abril Ramiro, Lino Antonio Cambor Santervás, Francisco Álvarez Marcos, Manuel Alonso Pérez
Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Objetivos: Comparar los resultados a medio plazo de la revascularización infragenicular con vena autóloga y con arteria criopreservada en nuestro medio.

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

Metodología: Estudio de cohortes histórico en el período 2021-2023 en un centro terciario. Análisis de características demográficas, comorbilidades, datos quirúrgicos, éxito técnico, permeabilidad, complicaciones, reintervenciones, pérdida de extremidad y mortalidad.

Resultados: Se realizaron 207 *bypass* infrageniculares (72,0 % varones, edad media $69,1 \pm 0,9$ años) en el periodo a estudio. El material utilizado fue vena autóloga (VA) (62,7 %; $n = 130$, de la cuales 84,6 % VSI, 7,7 % *"in situ"*, 7,7 % venas de otro origen) o arteria criopreservada (AC) (37,2 %; $n = 77$). Las

comorbilidades más frecuentes fueron la hipertensión arterial (76,8 %), el tabaquismo (71,0 %), la dislipemia (66,7 %) y la diabetes *mellitus* (62,3 %), con un 35,7 % de antecedente coronario y un 25,1 % enfermedad renal crónica. No hubo diferencias significativas entre grupos. La indicación fue isquemia crónica (83,6 %, 34 % grado 3 y 66 % grado 4), aneurisma (12,6 %) o infección del *bypass* previo (3,9 %). La mediana de ITB fue 0,48. Un 44,9 % presentaban una revascularización ipsilateral previa (mayor frecuencia en AC, 67,6 % vs. 31,5 %, $p = < 0,001$). La mediana de estancia fue de 16,8 días, sin diferencias significativas entre grupos, y no se encontraron diferencias en la tasa de complicaciones locales ($p = 0,839$). Tras una media de seguimiento de $19,8 \pm 12$ meses, se objetivó una menor tasa de complicaciones sistémicas (12,3 % vs. 3,9 %, $p = 0,043$) en el grupo AC, aunque con una tasa mayor de reintervenciones (49,3 % vs. 33,8 %, $p = 0,027$) y de amputación mayor (35,1 % vs. 20 %, $p < 0,001$). Las permeabilidades primaria (a tres años VA 53 % vs. AC 44 %, $p = 0,021$), asistida ($p = 0,002$) y secundaria ($p = 0,005$) fueron significativamente inferiores para el grupo AC, aunque sin diferencias en la supervivencia libre de amputación.

Conclusiones: La revascularización con arteria criopreservada ofrece resultados de permeabilidad y reintervenciones inferiores a la vena autóloga, aunque no condiciona una peor supervivencia de la extremidad. No obstante, en ausencia de capital venoso constituye una alternativa efectiva y segura.

CO 31. TROMBOENDARTERECTOMÍA FEMORAL AISLADA: ANÁLISIS DE UN PROCEDIMIENTO CLÁSICO EN LA ERA ENDOVASCULAR

Alba Alonso Pastor, Francisco Abril Ramiro, Francisco Javier Martínez Montoya, Amer Zanabali Al-Sibbai, Francisco Álvarez Marcos, Manuel Alonso Pérez
Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Objetivos: Cuantificar los resultados a medio plazo de las tromboendarterectomías femorales (TEA) aisladas en pacientes con isquemia crónica de miembros inferiores.

Material: Pacientes intervenidos de TEA aislada electiva en el período 2015-2023 en un hospital terciario.

Metodología: Estudio retrospectivo sobre una base de datos mantenida de forma prospectiva. Se analizaron características demográficas, datos de la intervención, éxito técnico, complicaciones, reintervenciones y mortalidad.

Resultados: Se realizaron 71 TEA aisladas (73,2 % varones, edad media $71,3 \pm 14$ años) en el periodo a estudio. Las comorbilidades más frecuentes fueron la hipertensión arterial (88,7 %), el tabaquismo (70,4 %), la dislipemia (74,6 %) y la obesidad (21,1 %). Presentaban revascularización ipsilateral previa 4/71. La indicación fue isquemia crónica categoría 3 (35,2 %), 4 (38,0 %), 5 (25,4 %) y 6 (1,4 %) de Rutherford, y el 56,3 % presentó oclusión completa de femoral común en los estudios de imagen. Se emplearon parches de: pericardio bovino (43,7 %), PTFE (31,0 %), Dacron (21,1 %), arteria femoral superficial (2,8 %) y vena safena interna (1,4 %). Cuatro pacientes (5,6 %) precisaron una amputación menor asociada a la cirugía. El éxito técnico fue del 100 % y no hubo mortalidad operatoria ni infecciones. La mediana de estancia fue 5 (rango 2-130) días. Seis pacientes (8,5 %) presentaron complicaciones menores (dos hematomas, dos linfocelos y dos dehiscencias de herida). El seguimiento medio fue de 39 meses, sin registrarse infecciones del parche femoral. Las permeabilidades primaria, primaria asistida y secundaria fueron del 94 %, 97 %, 98 % a un año y del 88 %, 93 %, 97 % a tres años, respectivamente. La supervivencia libre de amputación fue del 96 % al año y del 92 % a tres años. No hubo diferencias en cuanto a permeabilidad ($p = 0,864$), y supervivencia ($p = 0,397$) entre materiales sintéticos y biológicos.

Conclusiones: La tromboendarterectomía femoral aislada presenta buenos resultados a medio plazo en cuanto a permeabilidad y salvamento de extremidad, con baja tasa de complicaciones.

CO 43. CAPTACIÓN DE 18F-FDG PET/RM EN LA PARED DE ANEURISMAS AÓRTICOS ABDOMINALES E IMPACTO DE LA PRESENCIA DE TROMBO

Marvin García Reyes¹, Mireia Bragulat Arévalo^{2,3,4}, Marta Ferrer Cornet², Lydia Dux Santoy², José Rodríguez Palomares^{2,3,4,5}, Sergi Bellmunt Montoya^{1,3}
¹Departamento de Cirugía Vascular. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. ²Vall d'Hebron Institut de Recerca. Barcelona. ³Departamento de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona. ⁴CIBER-CV. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. ⁵Departamento de Cardiología. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

Objetivos: El trombo intraluminal (ILT) es frecuente en los aneurismas de aorta abdominal (AAA) infrarrenales, aunque su papel en la progresión del AAA no está claramente definido. El 18F-Fluorodesoxiglucosa (18F-FDG) es un radiofármaco análogo a la glucosa, cuya captación en imágenes de tomografía por emisión de positrones (PET) se ha asociado con la presencia de inflamación. El objetivo de este estudio fue entender el efecto del trombo en la captación de 18F-FDG en la pared aórtica aneurismática.

Material: Estudio transversal de pacientes con AAA con diámetros mayores a 40 mm, que se sometieron a PET/resonancia magnética.

Metodología: Se obtuvieron mapas 3D de la captación de 18F-FDG en la pared mediante una técnica reproducible y validada. La pared aórtica se discretizó en regiones estandarizadas, en las que se computó el *target-to-background* (TBR) mediano, normalizando el valor de absorción estándar por la captación de la sangre. Se extrajo el área de baja captación extrema (*coldspot*, obtenida como < 5 % TBR de una región abdominal no-aneurismática) en la pared del AAA. Además, en el AAA y para cada región, se midieron la superficie y el volumen ocupados por trombo. Se correlacionaron las características de absorción y trombo con el test Spearman (ρ).

Resultados: Se analizaron 36 pacientes (edad 73 ± 7 años, 24 (85,7 %) hombres) con AAA infrarenal (diámetro 51 [45, 57] mm), de los cuales 28 (77,8 %) presentaron ILT (volumen 70.84 [48.04, 113.83] mm³). El TBR mediano en cada región del AAA mostró correlación inversa significativa

($p < 0.001$) con la superficie del AAA cubierta por trombo ($p = -0.41$) y con el volumen de trombo ($p = -0.48$). El área de *coldspot* se correlacionó positiva y significativamente ($p < 0.001$) con el área del AAA cubierta por trombo ($p = 0.87$) y la *ratio* de volumen del trombo respecto del AAA ($p = 0.85$).

Conclusiones: La presencia de trombo se asocia localmente con una baja captación de glucosa en la pared, sugiriendo un posible efecto de hipoxia en esa región.

CO 80. AORTIC TEAM. EXPERIENCIA EN ACCESOS COMPLEJOS FACILITADOS PARA TAVI. DESARROLLO DE UN PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR DE AORTA

Cristian José Rojas Molina, Diego Caicedo Valdés, Nilo Mosquera Arochena
Hospital Clínico Universitario de Santiago. Santiago de Compostela, A Coruña

Objetivos: Evaluar el impacto de la implementación de un equipo multidisciplinar de aorta (con colaboración entre Cardiología, Angiología y Cirugía Vascular y Cirugía Cardíaca) para accesos facilitados complejos para colocación de TAVI, comparando las tasas de éxito y complicaciones en dos períodos.

Material: Diseño del estudio: análisis retrospectivo y comparativo de pacientes sometidos a TAVI en los períodos 2019 y 2023-2024. Grupos de estudio: 2019 (acceso sin equipo especializado); 2023-2024 (acceso facilitado por el servicio de Cirugía Vascular/Cardíaca).

Metodología: Variables evaluadas: tipo de acceso vascular utilizado (transfemoral, transaxilar, transaórtico, femoral quirúrgico). Tasas de éxito del procedimiento y complicaciones (mayores: disecciones, trombosis arterial, ictus, sangrado severo; Menores: hematomas, fallos de cierre). Uso de tecnologías adyuvantes: (aterectomía, litotricia intra-

vascular, *stent* cubierto). Análisis estadístico: estadística descriptiva y prueba de chi-cuadrado para variables categóricas.

Resultados: Cohorte 2019 (155 pacientes). El 97,42 % acceso transfemoral percutáneo, 1,29 % axilar quirúrgico, 1,29 % femoral quirúrgico. Tasa de complicaciones totales del 25,81 %; tasa de complicaciones mayores 6,45 %. Tasa de complicaciones menores 19,35 %; Transfemoral percutánea: tasa de complicación general 26,49 %, con un predominio de complicaciones menores 19,87 % y complicaciones mayores 6,62 %. En la vía axilar la tasa de complicaciones menores fue de 50 % sin complicaciones mayores. La vía femoral abierta no reportó complicaciones. Tasa de éxito del acceso transfemoral fue 73,41 %, axilar 50 % y femoral abierto 100 %. Cohorte 2023-2024/accesos complejos (51 pacientes). Distribución de accesos: femoral 90,20 %, axilar 9,80 %, transaórtico 5,88 %. Tasa general de complicaciones 9,80 % de las cuales todas fueron menores. Tasa de éxito según ruta de acceso: transfemorales: 93,48 %, axilares: 60 %; transaórticos: 100 %.

Conclusiones: La implementación de un equipo multidisciplinar (Aortic Team) permitió una planificación estructurada del acceso vascular, mejorando la seguridad y los resultados en la colocación de TAVI. Los accesos transfemoral y transaxilar mostraron las mejores tasas de éxito y menor perfil de complicaciones. En conclusión, el uso de estrategias avanzadas de preparación vascular (aterectomía, litotricia y *stents* cubiertos) contribuyó a la reducción de complicaciones en general. Una evaluación individualizada y un enfoque multidisciplinario son clave para optimizar el acceso vascular y mejorar los resultados del procedimiento.

CO 81. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DE INFECCIONES DE PRÓTESIS Y ENDOPRÓTESIS DE AORTA ABDOMINAL

Victoria Gamé Figueroa, Xavier Yugueros Castellnou, Gaspar Mestres Alomar, Adrián López Campillo, Marta Hernández Meneses, Vicente Riambau Alonso
Hospital Clínic Barcelona. Barcelona

Objetivos: Las infecciones de prótesis/endoprótesis son una complicación grave y temida tras la cirugía aórtica, ya que su tratamiento es complejo y se asocian a una alta morbilidad. El objetivo de este estudio es evaluar el manejo de esta complicación en un centro terciario.

Material: Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes ingresados con diagnóstico de infección de prótesis o endoprótesis de aorta abdominal infrarrenal entre 2015 y 2024 en un centro hospitalario de tercer nivel.

Metodología: Se analizaron datos demográficos, reparación aórtica inicial, presentación clínica, tratamiento (quirúrgico o conservador), datos intraoperatorios, complicaciones, reintervenciones y mortalidad. Se estimaron supervivencias con curvas Kaplan-Meier y se analizaron diferencias entre tratamiento quirúrgico y conservador mediante estadístico *Log-Rank*.

Resultados: Se obtuvieron 24 pacientes con infección de prótesis/endoprótesis aórtica abdominal, 11 (46 %) de ellos tras reparación abierta inicial y 13 (54 %) tras tratamiento endovascular. Todos fueron hombres, con una media de edad de 76 años. La presentación clínica más habitual fue dolor lumbar/ abdominal (52 %) o fiebre (41 %). El 58 % de los pacientes fueron tratados quirúrgicamente con explante del material infectado y reconstrucción *in situ* (5) o extraanatómica (7), o retirada parcial de prótesis/saco aneurismático (2) y el 42 % siguieron tratamiento conservador mediante antibioterapia supresiva. Los microorganismos más frecuentemente aislados fueron *S. aureus* (21 %) y *C. albicans* (21 %). La tasa de complicaciones intrahospitalarias fue del 54 % (57.1 % tratamiento quirúrgico y 50.0 % conservador, $p = 0.527$), la mayoría de causa intestinal o infecciosa. La mortalidad intrahospitalaria fue del 17 % (14.3 % y 20.0 % respectivamente, $p = 0.563$). La media de seguimiento fue de 24 meses y durante este periodo la tasa de reintervenciones en pacientes intervenidos fue 59.1 %. La supervivencia acumulada global a 2 años fue 65.8 %, sin diferencias significativas entre el grupo de tratamiento quirúrgico y conservador ($p = 0.61$).

Conclusiones: Las infecciones de prótesis y endoprótesis de aorta abdominal son complicaciones graves, y tanto el tratamiento quirúrgico como el conservador presentan elevadas tasas de complicaciones y mortalidad durante el seguimiento. A pesar de esto, los grupos son poco comparables por sus características clínicas y el sesgo de selección, reforzando la necesidad de un manejo individualizado de estos casos.

CO 83. HARBORVIEW RISK SCORE COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD 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 el *Harborview Risk Score* (HRS) y su variante modificada (HRS_m) con la mortalidad a 30 días en aneurismas de aorta abdominal rotos (AAAr).

Material: Estudio analítico observacional de cohortes histórico. Inclusión de AAAr intervenidos entre 01/01/2012-31/12/2024. Se establecen dos cohortes, aquella con admisión directa vs. traslado procedente de otros centros. Tamaño muestral de 116. El HRS incluye cuatro criterios: edad ≥ 76 años, creatinina ≥ 2 mg/dl, tensión arterial sistólica (TAS) ≤ 70 mmHg y pH ≤ 7.2 . El HRS_m conmuta este último por el índice internacional normalizado (INR) ≥ 1.8 .

Metodología: Se realizó un análisis descriptivo inicial. Los criterios se estudiaron como variables cuantitativas y cualitativas dicotómicas. Se emplearon pruebas de contraste de hipótesis paramétricas y no paramétricas, según el estudio de normalidad. Finalmente, se hizo un análisis multivariante mediante regresión logística.

Resultados: El 96.6 % eran hombres. El 70.7 % tenía localización infrarrenal. Un 77.6 % fue tras-

ladado desde otro centro. El 52.6 % fue reparado mediante cirugía abierta. La edad media fue 72.94 ± 7.35 años (42.2 % con ≥ 76 años), la creatinina media 1.45 ± 0.8 mg/dl (19 % con ≥ 2 mg/dl), la TAS media 91.68 ± 25.85 mmHg (19 % con ≤ 70 mmHg), el pH medio 7.24 ± 0.16 (25 % con ≤ 7.2), y el INR medio 1.15 ± 0.48 (13.3 % con ≥ 1.8). Presentaron un criterio del HRS el 46.3 % vs. 49.6 % del HRSm, dos el 21.3 % vs. 14.2 %, tres el 3.8 % vs. 5.3 %, y cuatro el 1.3 % vs. 0 %, respectivamente. La mortalidad a 30 días fue del 51.3 %. No hubo diferencias significativas en los criterios según el tipo de admisión. Existe relación entre el pH y la mortalidad a 30 días ($p = 0.027$). Por regresión logística, la mortalidad aumenta a menor pH ($p = 0.018$) y en caso de traslado ($p = 0.047$). El HRS predice el 37.6 % de la mortalidad vs. el 33.9 % con el HRSm. Pero no hay significación estadística entre HRS y HRSm con la mortalidad.

Conclusiones: El HRS y el HRSm no han demostrado significancia como predictores de mortalidad en AAAr intervenidos. El pH y el traslado desde otro centro han demostrado aumentar la mortalidad a 30 días.

CO 100. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN LOS SÍNDROMES COMPRESIVOS VENOSOS. NUESTRA EXPERIENCIA

Marta González Fernandes, Rodrigo Fernández González, José Raul García Casas, David Alejandro Vargas Larriva, Esther Castillo Mañas
Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. Pontevedra

Objetivos: El objetivo fue valorar la efectividad y seguridad del tratamiento quirúrgico en los síndromes compresivos venosos.

Material: Estudio observacional retrospectivo, mediante revisión de historias clínicas desde septiembre 2021 a febrero 2025. Se incluyeron 17 pacientes, 100 % mujeres, con una media de edad de

44 años. Diez pacientes presentaban un diagnóstico de síndrome de May Thurner, 5 síndrome de cascanueces, y 2 asociación de ambos síndromes. Cinco pacientes presentaron TVP aguda, 1 síndrome posttrombótico severo en relación con TVP crónica y las demás (11 pacientes) presentaban clínica de congestión venosa pélvica.

Metodología: El diagnóstico se realizó en el 100 % de los casos con TAC. En el May Thurner se utilizó ecografía intravascular en todos los casos, y en el cascanueces en 3 pacientes para confirmar la compresión venosa. Se excluyeron pacientes con síndrome compresivo venoso asintomáticas.

Resultados: En el síndrome de May Thurner se realizó *stenting* venoso en el 100 % de los casos, en 5 de ellos (TVP aguda) asociado a trombectomía mecánica aspirativa. En el síndrome de cascanueces se realizó transposición de vena gonadal izquierda a vena ilíaca izquierda mediante un abordaje retroperitoneal izquierdo. En 5 pacientes fue necesario realizar posteriormente embolización de varices pélvicas por persistencia de clínica. Éxito técnico del 100 %, sin complicaciones asociadas al procedimiento. La permeabilidad primaria en el *stent* venoso fue del 100 %, en la transposición venosa del 85,7 %. El tiempo de seguimiento medio fue de 19 meses. El 100 % presentó una mejoría de los síntomas tras la intervención. Las pacientes con implante de *stent* venoso recibieron tratamiento anticoagulante durante al menos 1 año. Las pacientes con transposición venosa recibieron tratamiento antiagregante.

Conclusiones: Los síndromes compresivos venosos son una patología infradiagnosticada que empeora significativamente la calidad de vida de los pacientes. Tanto el tratamiento endovascular en el síndrome de May Thurner como el quirúrgico en el síndrome de cascanueces demostraron ser tratamientos seguros, eficaces y con baja morbilidad. Ambas técnicas presentan una permeabilidad aceptable con mejoría significativa clínica. En el caso del *stenting* venoso se recomienda anticoagulación entre 6 meses a 1 año. No hay consenso sobre la terapia antitrombótica tras la transposición venosa.

CO 155. ESTUDIO COMPARATIVO DE STENTS CUBIERTOS Y DESCUBIERTOS EN EL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DEL SECTOR FEMOROPLOLÍTEO

Sara Dolores Hernández López, 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. Valencia

Objetivos: En el tratamiento endovascular femoropoplíteo, los *stents* cubiertos (SC) y descubiertos (SD) se utilizan frecuentemente. Los SC son preferidos para lesiones complejas debido a su capacidad para excluir la lesión y reducir la reestenosis, aunque su cobertura completa del vaso puede comprometer el flujo colateral, aumentando el riesgo de isquemia aguda y amputación. En la literatura, los resultados son contradictorios. El objetivo es comparar SC y SD en términos de permeabilidad y complicaciones a 12 meses.

Material: Estudio retrospectivo de 164 pacientes (82 por grupo) tratados entre 2013 y 2024.

Metodología: Se recogieron variables demográficas, comorbilidades, tasas a 12 meses de isquemia aguda (TIA-12), permeabilidad primaria (TPP-12), libertad de reintervención (TLR-12) y complicaciones en extremidad (MALE-12). Se realizaron curvas de Kaplan-Meier y análisis estadísticos para comparar los resultados entre los grupos.

Resultados: Edad media de 71 años en SC y 70 en SD, con predominio masculino (69,5 % SC y 71,9 % SD). No hubo diferencias significativas en comorbilidades. El estadio Rutherford 5 fue el más frecuente en ambos grupos (42,7 % SC vs. 39 % SD). El 37,8 % de las lesiones en SC fueron TASC D y el 15,8 % en SD ($p = 0,002$). La longitud cubierta por *stent* fue mayor en el grupo SC (250 mm vs. 120 mm; $p < 0,0001$). La media de seguimiento fue de 12,3 meses en SC y 22,6 en SD. La TIA-12 SC vs. SD fue de 16,9 % ($n = 14$) vs. 17,4 % ($n = 15$; $p = 0,75$). La TPP-12 SC vs. SD fue del 55 % ($n = 45$) vs. 74,2 % ($n = 61$; $p = 0,11$). La TLR-12 SC vs. SD fue del 83,2 %

($n = 68$) vs. 78,9 % ($n = 65$; $p = 0,39$). MALE-12 SC vs. SD fue del 69,1 % ($n = 57$) vs. 71,8 % ($n = 59$; $p = 0,89$). Hubo 13 amputaciones por grupo.

Conclusiones: Ambos dispositivos presentan resultados comparables en TIA-12, TLR-12 y MALE-12, a pesar de la mayor complejidad en las lesiones tratadas con SC. Estos hallazgos sugieren que los SC son una opción segura en lesiones oclusivas largas, aunque se necesitan estudios a largo plazo para confirmar estos resultados.

CO 160. ESTUDIO SOBRE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ISQUEMIA ARTERIAL CRÓNICA GRADO II

Clara Plaza Pelayo, Covadonga Mendieta Azcona, Ana Mayor Díaz, Verónica Carolina Morillo Jiménez, Nathaly Loriths Ahues Peña, Álvaro Fernández Heredero
Hospital Universitario La Paz. Madrid

Objetivos: Dentro del tratamiento de la isquemia arterial crónica grado II (IACGII), según la escala de Rutherford, la terapia farmacológica es un factor clave; pero pierde utilidad si posteriormente el paciente no es adherente al tratamiento o lo modifica sin consultar. La adherencia al tratamiento se define como el porcentaje de medicación administrada sobre el total de los prescritos a lo largo de un periodo de tiempo. Saber si nuestros pacientes toman correctamente la medicación es un factor fundamental para el adecuado control de la enfermedad.

Material: Estudio transversal en 103 pacientes diagnosticados con IACGII. Los pacientes fueron clasificados como adherentes (sumatorio ABS > 19) o no adherentes (sumatorio NABS < 5) según el cuestionario validado de adherencia (TABS). Se recogieron variables demográficas, clínicas, terapéuticas y socioeconómicas para analizar su relación con la adherencia al tratamiento.

Metodología: Se aplicó un análisis descriptivo y modelos de regresión logística multivariante para identificar los factores que influyen en la adherencia.

Resultados: La edad media fue de 71 años (DE: 8.89), siendo el 80 % de sexo masculino. El estudio reveló que solo el 4 % de los pacientes se consideraron adherentes al tratamiento mientras que el 96 % se consideró no adherente por no cumplir con las pautas establecidas de tratamiento. Respecto a las variables estudiadas y su implicación con la adherencia se observó que tener arritmias disminuye la adherencia al tratamiento (OR: 0.009, $p = 0.047$) y que la polifarmacia disminuye la probabilidad de adherencia de manera que por cada unidad de fármaco administrado la adherencia disminuye en un 46 % (OR: 0.54, $p = 0.045$). Otros factores de riesgo vascular, el nivel de estudios o la situación laboral o familiar no mostraron una relación clara con la adherencia.

Conclusiones: El estudio revela una baja adherencia al tratamiento en pacientes con IACGII, influida por la polifarmacia y la presencia de arritmias. La complejidad del régimen terapéutico dificulta el cumplimiento. Es importante simplificar tratamientos, optimizar el seguimiento y educar en la gravedad de la patología garantizando que realmente se tomen la medicación de forma correcta.

CO 195. RESULTADOS A UN AÑO DEL TRATAMIENTO DE LA REESTENOSIS INTRASTENT MEDIANTE ATERECTOMÍA CON LÁSER TURBO-ELITE Y ANGIOPLASTIA CON BALÓN FARMACOACTIVO EN SECTOR FEMOROPOPLÍTEO

Álvaro Salinas Cánovas, Nicolás Allegue Allegue, Iván Constenla García, Sergio Bellmunt Montoya, Diego Juárez Benítez
Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

Objetivos: Evaluar los resultados a un año tras tratamiento de reestenosis *intrastent* mediante aterectomía con láser y angioplastia farmacoactiva en pacientes con enfermedad arterial periférica femoropoplítea.

Material: Estudio descriptivo retrospectivo. Se analizan pacientes sintomáticos tratados entre el 2018 y 2024 por reestenosis *intrastent*. Seguimiento clínico y/o ecográfico.

Metodología: Se analizan variables demográficas, clínicas, tipo de lesión y material utilizado. Se estudian permeabilidad primaria, primaria asistida y secundaria tras tratamiento con láser y angioplastia farmacoactiva en reestenosis *intrastent*. Asimismo, se evalúa si existe algún factor que pueda influir en los resultados en cuanto a las permeabilidades.

Resultados: 28 pacientes, edad media 70.9 ± 12.3 , varones 67.9 %. El 60.7 % de los pacientes muestran grados III y IV de Fontaine. El 84 % de los pacientes presentaban reestenosis tipo II y III según clasificación de Tosaka. Mediana de la longitud de la lesión de 100 mm (40-350). El 67.9 % a nivel de femoral superficial. El 61.5 % de los pacientes tratados con fibra láser 2.3 mm, el balón más empleado fue Luminor (91.7 %). La mediana de seguimiento fue de 11.3 meses (7.7-23.3 meses). Se registró un 17.87 % de embolización distal intraprocedimiento. La permeabilidad primaria fue del 82.14 %; la permeabilidad primaria asistida al año fue del 92.85 %. La permeabilidad secundaria al año fue del 100 %. Las tasas de amputación mayor y mortalidad al año fueron, respectivamente, del 0 y del 7.1 %. No hubo relación entre el resto de variables y las permeabilidades.

Conclusiones: La aterectomía con láser y angioplastia farmacoactiva en reestenosis *intrastent* ofrece buenos resultados a un año con tasas de amputación y mortalidad mínimas. Son precisos nuevos estudios y seguimiento para evaluar correctamente beneficios y contraindicaciones.

CO 215. CÓDIGO AORTA ANTES DE LLEGAR A CIRUGÍA VASCULAR

Malka Huici Sánchez, Dorelly Martínez del Carmen, Otilia Chaos Álvarez, Irene Macia Tejada, Elena Iborra Ortega
Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Objetivos: Analizar los resultados de una formación impartida a profesionales implicados en el primer paso del diagnóstico del AAAR a través de simulación.

Material: Estudio descriptivo sobre la experiencia de formación aplicando simulación para mejorar la detección y el manejo de los pacientes con AAAR en un entorno no especializado. Se analizan y describen los datos recopilados mediante encuestas realizadas antes, después y al mes de la simulación.

Metodología: Se diseñó un curso para mejorar el diagnóstico y el traslado preferente del paciente con AAAR dirigido a profesionales (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería) de asistencia primaria (AP) y hospital comarcal (HC) basado en simulaciones. La valoración se realizó a través de un examen tipo test (4 respuestas, una correcta) y una valoración de autopercepción de conocimientos mediante escala Likert (1 totalmente en desacuerdo-5 totalmente de acuerdo). A todos los participantes se les proporcionó el link a los contenidos teóricos una semana antes de su formación presencial.

Resultados: Durante un mes se realizaron 11 sesiones de formación con capacidad teórica para 10 participantes cada una. Participaron 99 profesionales (77 AP y 22 HC). Respecto al conocimiento previo, contestaron las encuestas y realizaron el examen presimulación el 100 % con la media de autopercepción de 3,32/5 y examen de 6,2/10 en AP y de 3,52/5 y examen 8,6/10 en el HC. Asistieron a la simulación 73 (94 %) de AP y 20 (90 %) del HC. Del grupo de primaria el 90,41 % (66/73) respondieron la encuesta posinmediata con una autopercepción promedio de 4,56/5 y una puntuación del examen de 8,5/10. En el grupo del HC el 100 % (20/20) respondió la encuesta pos inmediata (autopercepción 4,33/5 y examen 8,6/10). Al mes respondieron desde AP el 36,99 % (autopercepción de 4,5/5 y del examen 8/10) y el 50 % en HC con un promedio de autopercepción de 4,33/5 y 9/10 del examen.

Conclusiones: La realización de un curso específico sobre AAAR ha permitido aumentar el conocimiento sobre la patología y mejorar la gestión del paciente tanto en AP como en HC. El uso de la simulación en este tipo de formación fue bien recibido permitiendo mejorar el trabajo en equipo.

CO 232. RESULTADOS A CORTO Y MEDIO TIEMPO DEL DISPOSITIVO DE TROMBECTOMÍA MECÁNICA ANGIOJET® EN ISQUEMIAS DE MIEMBROS INFERIORES EN NUESTRO CENTRO

Víctor Martínez Valiente, Mireia Cabot Paredes, Claudia Riera Hernández, Miquel Gil Olaria, Pere Altes Mas, Carlos Esteban Gracia
Hospital Universitari German Trias i Pujol. Badalona, Barcelona

Objetivos: El objetivo de nuestro estudio es el de evaluar la eficacia y seguridad de la trombectomía mecánica con el dispositivo AngioJet® en la isquemia aguda/subaguda y crónica reagudizada de miembros inferiores.

Material: Se incluyeron todos los pacientes consecutivos tratados entre 12/2021 y 12/2024 de isquemia aguda/subaguda o crónica reagudizada con el sistema de trombectomía mecánica AngioJet® en nuestro centro.

Metodología: Estudio descriptivo y retrospectivo. Se registraron datos demográficos, clínicos basales, intra y posoperatorios, así como reintervenciones, complicaciones, amputaciones y mortalidad en el seguimiento.

Resultados: Se realizaron 86 procedimientos en 84 pacientes con edad media $69 \pm 11,74$ años, siendo más del 50 % diabéticos, hipertensos y fumadores o exfumadores. El tiempo de evolución de la isquemia fue del 37,2 % de < 48h y el 62,8 % entre 48h y 14 días. AngioJet® se utilizó principalmente en arterias nativas (41,86 %), seguido de cirugías híbridas (39,53 %), rescate de procedimientos endovasculares (10,47) o *bypass* (8,14 %) previos. Destacó ausencia de permeabilidad infrapoplíteas en el 40,7 %, consiguiendo permeabilidad en uno o más vasos de salida en el 94,2 % de los casos. Intraoperatoriamente evidenciamos trombo residual, disección y trombo residual con vasoespasmo en el 11,63 %, 39,53 % y 13,95 % respectivamente. La hemoglobina descendió significativamente (12,5 g/dL vs. 10,9 g/dL; $p < 0,001$) sin presentarse even-

tos de sangrado mayor (2,3 %). No se encontraron cambios significativos en creatinina (1,37 mg/dL vs. 1,29 mg/dL; $p = 0,127$). El seguimiento medio fue de $12,2 \pm 11,5$ meses con una supervivencia del 72,4 % (IC 95 %: 59,7 %-81,7 %). La tasa de permeabilidad primaria y secundaria a 12 meses fue del 52,3 % (IC 95 %: 39 %-64 %) y 84,9 % (IC 95 %: 72,5 %-92 %) respectivamente, y la tasa de salvamento de extremidad del 87,2 % (IC 95 %: 76,2 %-93,6 %). De las 34 reintervenciones (10 vs. 24; $< 30d$ vs. $> 30d$), se observó una tendencia a mayor pérdida de extremidad en los pacientes a los que se trató nuevamente la zona previamente tratada con AngioJet® (17,9 % vs. 10,3 %, $p = 0,328$).

Conclusiones: La trombectomía mecánica con AngioJet®, en nuestra experiencia, es una técnica eficaz y segura para la revascularización de miembros inferiores en isquemias agudas/subagudas y crónicas reagudizadas, permitiendo revascularizar un mayor número de vasos distales con elevadas tasas de salvamento de extremidad.

CO 234. UTILIDAD DEL MODIFICADOR PEDIO/GLASS COMO PREDICTOR DE RESULTADOS TRAS LA REVASCULARIZACIÓN INFRAINGUINAL DE LA ISQUEMIA CRÓNICA AMENAZANTE DE LA EXTREMIDAD

Alfredo Silva Willson, Julio González Hernández, Sofía Simón Bellón, Esther Estefanía Morris Davies Peña, Víctor Lozano Bouzon, Álvaro Vidal Ortiz, José Ramón March García
Hospital Universitario de Getafe. Getafe, Madrid

Objetivos: Analizar la capacidad discriminativa del modificador pedio de la escala GLASS en los resultados a un año de pacientes sometidos a revascularización infrainguinal.

Material: Estudio retrospectivo unicéntrico de intervenciones infrainguinales primarias entre enero-18 y diciembre-22. Se recopilaban factores epidemiológicos, clínicos (Wifi) y anatómicos (GLASS), así como el tratamiento realizado y los resultados a

1 año: amputación mayor (AM-1), evento adverso mayor de la extremidad (MALE-1), evento mayor adverso cardiovascular (MACE-1) y muerte (Muerte-1).

Metodología: Los pacientes fueron estratificados según el modificador Pedio/GLASS: P0, P1 y P2. Se analizaron resultados a un año comparando los grupos afectados P1 y P2 contra el grupo P0 mediante t de Student y chi-cuadrado para variables continuas y dicotómicas, con significación para $p < 0,05$.

Resultados: Se realizaron 186 revascularizaciones infrainguinales primarias. Según su patología arterial inframaleolar fueron estratificados en tres grupos de pacientes P0 $n = 26$; P1 $n = 100$; P2 $n = 60$. Epidemiológicamente la edad media fue de 71,8; 73,17 y 78,2 años, respectivamente sin diferencias significativas ($p = ns$) para P1 y $p < 0,05$ para P2. La prevalencia de hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipidemia fue similar entre los grupos, ($p = ns$). Anatómicamente GLASS I, II y III fueron del 4 %, 38 % y 57 % en P0; 8 %, 41 % y 51 % en P1; y 6 %, 26 % y 66 % en P2, respectivamente, ($p = ns$). Clínicamente (Wifi), los estadios 1, 2, 3 y 4 fueron 15 %, 20 %, 15 % y 50 % en P0; 3 %, 25 %, 29 % y 43 % en P1; y 2 %, 40 %, 26 % y 31 % en P2 ($p = ns$). A un año, AM-1 fue del 7 % vs. 8 % vs. 13 %; MALE-1 23 % vs. 30 % vs. 26 %; MACE-1 15 % vs. 19 % vs. 28 %; y la mortalidad 10 % vs. 16 % vs. 26 %, respectivamente para P0, P1 y P2, ($p = ns$). Existió una tendencia anatómica GLASS III y de mayor AM-1, MACE-1 y mortalidad a 1 año para el grupo de mayor severidad (P2) aunque sin resultados estadísticamente significativos.

Conclusiones: En nuestro centro la estratificación por modificador pedio en intervenciones infrainguinales primarias no fue útil en la predicción de los resultados (AM-1, MALE-1, MACE-1 y mortalidad) a 1 año.

CO 8. DETERMINACIÓN DEL MOMENTO ÓPTIMO PARA LA MEDICIÓN DEL ÍNDICE TOBILLO-BRAZO TRAS REVASCULARIZACIÓN DE MIEMBROS INFERIORES

Verónica Carolina Morillo Jiménez, Andrés Eduardo Salazar Álvarez, Raquel Bravo Martínez, Ana Mayor Díaz, Clara Plaza Pelayo, Nathalya Loriths Peña Ahues, Álvaro Fernández Heredero
Hospital Universitario La Paz. Madrid

Objetivos: El índice tobillo-brazo (ITB) es una herramienta esencial para evaluar la perfusión arterial tras la revascularización de miembros inferiores. Este estudio analiza los cambios en ITB (Δ ITB) prequirúrgico, a 24 horas, 48 horas y 30 días para determinar el momento ideal de medición y el impacto del sector revascularizado y las comorbilidades de los pacientes.

Material: Se incluyeron 29 pacientes sometidos a revascularización suprainguinal, femoropoplítea e infrapoplítea, grados La Fontaine III y IV e ITBs compresibles. Se midió el ITB en cuatro momentos: prequirúrgico de límite 2 meses de antigüedad, 24 horas, 48 horas y 30 días poscirugía. Además, se registraron comorbilidades como hipertensión arterial (HTA), diabetes *mellitus* (DM), enfermedad renal crónica (ERC), dislipidemia (DL) y tabaquismo.

Metodología: Los cambios en ITB (Δ ITB) se analizaron utilizando análisis de varianza (ANOVA), pruebas t por pares y correlaciones. También se evaluó la variabilidad en los resultados según el tiempo de medición y el tipo de cirugía realizada. La significancia estadística se estableció en $p < 0.05$.

Resultados: El ANOVA reveló diferencias significativas en Δ ITB entre las mediciones prequirúrgica y posquirúrgica ($p = 0.0004$). A las 24 horas, el ITB mostró una respuesta homogénea y predecible en el sector suprainguinal. En el sector femoropoplítea, la mejoría máxima se registró a los 30 días, mientras que el infrapoplítea, la recuperación máxima fue previsible desde las 48 horas ($p < 0.05$). En los sectores suprainguinal y femoropoplítea, ambas mediciones (24 h y 48 h) son igualmente válidas ($p > 0.05$). Aunque factores como HTA y DL fueron más frecuentes en los casos con menor recuperación del ITB, su impacto no fue significativo tras ajustar por prevalencia general.

Conclusiones: Parece recomendable medir el ITB según el sector revascularizado: 24 horas en suprainguinal, 30 días femoropoplítea, y 48 horas en el infrapoplítea. Sin embargo, una limitación del estudio es el tamaño de la muestra, que puede influir en la generalización de los resultados. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de estandarizar el momento de medición del ITB para obtener resultados más consistentes y clínicamente útiles.

CO 64. REPARACIÓN ABIERTA DE ANEURISMAS DE AORTA ABDOMINAL EN PACIENTES OCTOGENARIOS

Irene Leal Chavarría, Carmen González Canga, Jonatán Vázquez Vázquez, Sandra García Portillo, Mike Rusdiana Hamidah, Marta Ballesteros Pomar
Complejo Asistencial Universitario de León. León

Objetivos: Analizar los resultados de la reparación abierta de aneurismas aorta abdominal en pacientes de edad ≥ 80 años.

Material: Datos registrados en la historia clínica de pacientes de edad ≥ 80 años intervenidos en nuestro centro mediante reparación abierta de aneurisma de aorta abdominal infrarrenal entre los años 2014 y 2024. Análisis estadístico mediante el *software* IBM SPSS Statistics 26.

Metodología: Se realizó un estudio unicéntrico y retrospectivo en el que se analizaron características demográficas, clínicas y quirúrgicas, siendo el éxito técnico, morbimortalidad perioperatoria, reintervenciones y supervivencia las variables resultado.

Resultados: Se incluyeron un total de 22 pacientes (100 % varones) con una mediana de edad de 81 (RI 80-83,3) años diagnosticados de aneurisma de aorta abdominal infrarrenal, no candidatos a reparación endovascular estándar por limitaciones anatómicas. Los principales factores de riesgo fueron hipertensión (72,7 %, $n = 16$), tabaquismo (86,3 %, $n = 19$) y enfermedad renal crónica (22,7 %, $n = 5$). Solo un paciente había sido sometido a re-

vascularización coronaria. La mediana del diámetro aneurismático fue de 60 mm (RI 55-65,5). La indicación de tratamiento fue: diámetro aneurismático ≥ 55 mm (68,2 % $n = 15$), aneurismas sintomáticos (9,1 % $n = 2$) y rotura (22,7 % $n = 5$). Siete pacientes (31,8 %) fueron intervenidos de forma urgente. Se realizó un injerto aorto-aórtico en un 22,7 % ($n = 5$) de los casos y bifurcado en un 77,3 % ($n = 17$). Se obtuvo un éxito técnico del 100 %. La mortalidad perioperatoria fue del 9,1 % ($n = 2$). Las complicaciones más frecuentes fueron la reagudización de insuficiencia renal (13,6 % $n = 3$), requiriéndose terapia renal sustitutiva en uno de los casos, y la isquemia intestinal (4,5 %, $n = 1$). Dos pacientes (9,1 %) requirieron reintervención: un *bypass* fémoro-femoral por oclusión de eje ilíaco nativo en el posoperatorio inmediato y una reparación endovascular, tres años después, por una fístula aortoentérica. La supervivencia global fue del 95,0 % al año y del 70,3 % a 3 y 5 años. La supervivencia libre de mortalidad relacionada con el aneurisma fue del 90,2 % a 1, 3 y 5 años.

Conclusiones: La reparación abierta del aneurisma de aorta abdominal infrarrenal en pacientes ≥ 80 años es una alternativa quirúrgica para casos seleccionados, con buenos resultados en términos de morbilidad y mortalidad.

CO 99. NUESTRA EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE PACIENTES CON MEDIOLISIS ARTERIAL SEGMENTARIA (SAM)

Beatriz Carrascal Rojo, Eduardo Pérez García, Víctor Manuel Delgado Caro, María Castrillo Cornejo, Leyre Buces Múgica, Juan Luis Fonseca Legrand
Hospital Universitario de Cruces. Bilbao

Objetivos: La mediolisis arterial segmentaria (SAM) es una patología infrecuente, no-aterosclerótica, no-inflamatoria. Se desconoce la causa que produce lisis de la capa media, generando aneurismas, disecciones, estenosis y/o oclusiones. Existe una falta de consenso en la literatura actual respec-

to a su diagnóstico y tratamiento. Consideramos importante familiarizarse con ella para una sospecha clínica inicial por imagen y manejo adecuado, lo que podría ayudar a reducir sus complicaciones.

Material: Presentamos esta serie de casos etiquetados como SAM en nuestro servicio desde 2015 hasta actualidad.

Metodología: Estudio retrospectivo descriptivo. Analizamos datos epidemiológicos, sintomatología, estudios y tratamiento. Clasificamos hallazgos radiológicos con descripción de Salvin. Diagnóstico anatomopatológico o utilizando criterios no invasivos Kalva:

- Ausencia de collagenopatías, aterosclerosis, displasia fibromuscular y otras vasculitis.
- Disección/aneurisma/oclusión de arterias esplánicas o renales.
- Marcadores inflamatorios negativos (ANA/ANCA/PCR/VSG).

Exponemos nuestra experiencia en el manejo de esta patología y sus complicaciones.

Resultados: Encontramos 11 pacientes, 73 % varones, edad media $59,18 \pm 9,7$. Un 81 % antecedente de tabaquismo, 26 % HTA o DL. 63 % sintomáticos al diagnóstico, dolor abdominal lo más frecuente. Siete debutan con complicaciones graves: 4 hemorragias y 5 isquemias viscerales (3 infarto renal, 1 esplénico, 1 asas intestinales). Primera sospecha tras angio-TAC con afectación de arterias de mediano calibre de forma parcheada: TC o renales (63 %), AMS (54 %), TSA, ilíacas (18 %), AMI, coronarias (9 %), con implicación de múltiples vasos (45 %). Hallazgos en imagen (Salvin): 1) dilatación: 4; 2) aneurisma único: 2; 3) aneurisma múltiple: 4; 4) hematoma disecante: 3; 5) estenosis: 3; 6) oclusión: 5. Un caso, confirmación de patrón SAM en autopsia. En restantes, diagnóstico diferencial mediante PET, ETT; genética y descartando autoinmunidad, infección o hipercoagulabilidad (criterios Kalva): en casos no complicados, actitud conservadora. Cuatro precisan intervención: 3 embolización percutánea por sangrado (uno laparotomía para resección segmento afectado) y 1 hepatectomía de 3 segmentos. El tratamiento fue inconstante,

iniciamos anticoagulación ante oclusión arterial (3) e indicamos ambulatoriamente antihipertensivos y antiagregación simple (6). Seguimiento medio $15,37 \pm 9,73$ meses con angio-TAC seriados y vigilancia de complicaciones. A fin de estudio, un exitus por shock hipovolémico con hemoperitoneo.

Conclusiones: SAM es, aunque poco conocida, una enfermedad potencialmente fatal. Clínicamente variable desde asintomático a complicaciones graves (sangrado retroperitoneal o isquemia visceral). Aunque su confirmación es histológica, debe plantearse como diagnóstico diferencial ante clínica y hallazgos radiológicos compatibles. En nuestra experiencia, un manejo multidisciplinar precoz podría ayudar a reducir la morbimortalidad asociada.

CO 198. MANEJO DE CUELLOS HOSTILES INFRARRENALES MEDIANTE ENDOPRÓTESIS AÓRTICAS CON SELLADO DE POLÍMERO

Rolando Antonio Báez de la Rosa, Bruno Emanuel Caramuto Ryser, Eva Lucía Martínez Gallego, Rebecca Vázquez Dopazo, José Luis Durán Mariño
Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo

Objetivos: Denominamos cuello hostile infrarrenal de un aneurisma a aquel que presenta una longitud menor a 10 mm, cónico, con trombo, calcificado, gran diámetro o demasiado angulado. Presentamos los resultados de pacientes de nuestra área sanitaria de 350 000 habitantes, con una población muy envejecida, con los que se utilizaron las endoprótesis con sellado de polímero como alternativa a realizar procedimientos de mayor riesgo y dificultad.

Material: 38 pacientes con AAA infrarrenal con cuello hostile seleccionados desde 2012 hasta 2024. Se tratan 36 hombres y 2 mujeres con una edad media de 77 años.

Metodología: Se realizó un análisis retrospectivo con un tiempo de seguimiento de 48 meses. Se analizaron el TC preoperatorio, el primero y el último

TC posoperatorio disponible con la finalidad de determinar si había crecimiento del saco > 10 mm, migración > 5 mm o crecimiento significativo del cuello aórtico > 5 mm, así como observar las principales complicaciones asociadas.

Resultados: No se evidenció migración de la endoprótesis ni crecimiento del cuello aórtico en ninguno de los pacientes. El tipo más frecuente de endofuga fue la de tipo 2 en 16 casos (42 %) pero que únicamente supuso crecimiento significativo de un saco aneurismático. Solamente hubo una fuga 1a, resuelta, y no se evidenciaron fugas 1b. Durante el seguimiento un caso presentó trombosis de rama que posteriormente terminó en éxitus (2,6 %).

Conclusiones: Para pacientes con edad avanzada y comorbilidades, que tengan un cuello hostile y unas características anatómicas específicas, hemos observado a través de este análisis que las prótesis con sellado de polímero se podrían ofrecer como una buena alternativa a otros procedimientos tales como las endoprótesis complejas.

CO 117. RESULTADOS A LARGO PLAZO DE LA CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN AORTOILÍACA ABIERTA FRENTE A ENDOVASCULAR EN PACIENTES TASC-II C Y D EN NUESTRO CENTRO

Paula Moro Oliver, Miguel Muela Méndez, Íñigo Calvo Larraz, Julio Reina Barrera, Adriana Baturone Blanco, Mercedes Guerra Requena
Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara

Objetivos: El tratamiento quirúrgico en patología oclusiva aortoiliaca (ASO) se ha basado en TransAtlantic Inter-Society Consensus (TASC-II), estableciendo de preferencia la cirugía abierta (CA) para lesiones complejas (TASC C y D). No obstante, el tratamiento endovascular (TEV) se realiza actualmente con más frecuencia en estas lesiones. El objetivo es comparar los resultados a largo plazo en nuestro centro del TEV y CA en pacientes intervenidos por lesiones TASC C y D.

Material: Estudio observacional, retrospectivo de pacientes intervenidos en nuestro centro entre 2005 y 2024 por ASO TASC C y D mediante CA y TEV.

Metodología: Se dividió la serie en: grupo-I: CA; grupo-II: TEV. Se analizaron edad, comorbilidades, complicaciones, estancia media, permeabilidad a largo plazo, mortalidad precoz y tardía y tasa libre de reintervención (TLR).

Resultados: 192 pacientes, grupo-I: 120 (62,5 %), grupo-II: 72 (37,5 %). Edad media: grupo-I: 60,3 años (43-78); grupo-II: 68,7 años (30-87), $p < 0.05$. Media-na seguimiento: grupo-I: 77 meses; grupo-II: 37 meses. La mayoría fueron intervenidos por claudicación invalidante: grupo-I: 75,8 % ($n = 91$); grupo-II: 56,9 % ($n = 41$), $p = 0,006$. Estancia media: grupo-I: $8,3 \pm 16,1$ días; grupo-II: $3,1 \pm 9,3$ días, $p < 0.001$. El grupo-I tuvo mayor tasa de complicaciones (42,5 % vs. 20,8 %, $p = 0.003$), sin diferencias significativas en las complicaciones mayores (18,3 % vs. 13,9 %, $p = 0,549$). La mortalidad precoz fue mayor en el grupo-I: 5,8 % ($n = 7$), frente 0 %, $p = 0,047$. El grupo-I tuvo mejor permeabilidad primaria (92,4 %, $n = 87$) y TLR (97,2 %, $n = 102$) a largo plazo (24 meses), frente al 79,7 % ($n = 47$) y 84,9 % ($n = 49$) respectivamente en grupo-II ($p = 0,002$ y $p = 0,000$ respectivamente). Estratificando por edad, los pacientes menores de 65 años tuvieron significativamente mejor resultado a los 24 meses en grupo-I frente al grupo-II: permeabilidad primaria: 92,4 % ($n = 58$) y 58,3 % ($n = 10$) ($p = 0,000$); permeabilidad asistida: 95,1 % ($n = 59$) y 79,2 % ($n = 13$) ($p = 0,003$); permeabilidad secundaria: 96,3 % ($n = 61$) y 82,9 % ($n = 13$) ($p = 0,016$); y TLR 94,5 % ($n = 58$) y 63,3 % ($n = 13$) ($p = 0,000$) respectivamente.

Conclusiones: El avance de la tecnología ha promovido que tanto TEV como CA sean opciones válidas para la revascularización de lesiones TASC C y D. En nuestra serie, los resultados de ambas técnicas han sido satisfactorios. El TEV se asocia a menor tasa de complicaciones y mortalidad precoz, si bien, los resultados en pacientes jóvenes a largo plazo de la CA son significativamente mejores. Estos resultados nos apoyan a considerar la CA en pacientes jóvenes de bajo riesgo quirúrgico.

CO 180. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LA ARTERIA FEMORAL COMÚN: FIN DEL TABÚ

Carlos Ruiz Carmona, Montserrat Mairal Fraile, M. Victoria Arcediano Sánchez, Óscar Pastor Manrique, Elisabeth Fernández Castro, Marc Sirvent González

Hospital General de Granollers. Granollers, Barcelona

Objetivos: A pesar de considerarse el *gold-standard* en las lesiones de la arteria femoral común, la endarterectomía (TEA) se asocia a unas tasas de complicaciones y morbilidad perioperatorias no despreciables. Debido a su baja invasividad y la creciente población no candidata a cirugía abierta, el tratamiento endovascular (TEV) es una elección cada vez más frecuente. El objetivo de este estudio es determinar los resultados de una serie de casos con TEV en nuestro centro.

Material: Cohorte retrospectiva unicéntrica de pacientes consecutivos que recibieron TEV de lesiones en la arteria femoral común entre mayo de 2022 y diciembre de 2024.

Metodología: Se registraron antecedentes clínicos, características del TEV realizado y resultados de repercusión clínica, permeabilidad y supervivencia de los pacientes.

Resultados: Se analizaron 27 pacientes (28 arterias, 79 % hombres) con una edad media de 71 años. El 71,4 % presentaban isquemia crítica. La preparación del vaso se realizó mediante balón no-compliant (36 %), balón "scoring" (18 %), tromboarterectomía mecánica (11 %) o litotricia intravascular (36 %). El tratamiento definitivo fue 10 *stents* miméticos, 1 *stent* cubierto, 12 balones farmacoactivos y en 5 casos se consideró la litotricia intravascular como terapia definitiva. La estancia hospitalaria mediana fue de 1 día. El seguimiento medio fue de 8 meses (rango 1-32 meses) y se registraron 2 trombosis del acceso humeral, 1 reintervención por oclusión de la técnica (precoz, secundaria a trombosis infragenicular) y 2 éxitus (a los 3 y 8 meses). La permeabilidad primaria fue del 96,4 % y la secundaria del 100 %.

Conclusiones: En nuestra serie de pacientes con lesiones de la arteria femoral común, el TEV se ha mostrado seguro y con excelentes resultados de permeabilidad a corto-medio plazo. Aunque las expectativas son optimistas, se requieren estudios de mayor calidad y seguimiento para poder validar su aplicación y durabilidad.

CO 223. MANEJO QUIRÚRGICO DE LA TROMBOSIS VENOSA AXILOSUBCLAVIA PRIMARIA: EXPERIENCIA A LO LARGO DE 20 AÑOS EN NUESTRO CENTRO

Celia López García, José Damián Herrera Mingo-rance, Rafael Ros Vidal, Inmaculada Manrubia Salazar, Luis Miguel Salmerón Febres
Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada

Objetivos: Describir la experiencia del manejo quirúrgico de la trombosis venosa axilosubclavia primaria nuestro centro durante veinte años, analizando la efectividad de los tratamientos, complicaciones y evolución de los pacientes.

Material: Se analizaron historias clínicas de 29 pacientes diagnosticados de trombosis venosa axilosubclavia primaria y tratados quirúrgicamente entre 2004 y 2024.

Metodología: Estudio observacional retrospectivo basado en características demográficas, factores de riesgo, sintomatología, tratamiento en la fase aguda, manejo del síndrome compresivo y de la estenosis residual. Se aplicó análisis estadístico con SPSS-28 realizando un estudio descriptivo de la muestra general, así como una comparación entre los distintos tipos de tratamiento intervencionista realizados durante la fase aguda: trombólisis dirigida por catéter (TDC) y trombólisis farmacomecánica (TFM).

Resultados: El 69 % fueron varones, la edad media fue de 33 ± 11 años y el seguimiento de 31,34 (5-120) meses. Factores de riesgo: tabaquismo (38 %), obesidad (17 %), trombofilia (17 %) y an-

ticonceptivos (7 %). El 76 % afectó el brazo derecho y el 55 % estuvo relacionado con esfuerzo. El tratamiento inicial incluyó anticoagulación aislada (17,2 %), TDC (41,4 %) y TFM (41,4 %). La repermeabilización fue del 93 %, sin diferencias significativas entre métodos ($p = 0,3$). Sin embargo, el grupo tratado con TFM tuvo una menor estancia hospitalaria (2,67 vs. 4,33 días, $p < 0,001$) y un menor número de flebografías ($p < 0,01$). El tratamiento quirúrgico complementario fue la resección de la primera costilla (89,7 %) y la resección con *stent* venoso (10,3 %). El éxito técnico fue del 82,8 %. El tratamiento quirúrgico complementario fue la resección de la primera costilla (89,7 %) y la resección con implante de *stent* venoso en el mismo acto (10,3 %). Un 17,2 % requirió implante de *stent* venoso a los $17,25 \pm 18,59$ meses, con una tasa de fractura del 37 %. Las complicaciones incluyeron neumotórax (3,4 %), parálisis del frénico (6,9 %) y hemorragia (10 %). Al alta, el 51,7 % recibió heparina con paso posterior a anticoagulantes orales.

Conclusiones: El manejo quirúrgico mostró eficacia en la repermeabilización venosa y resolución del síndrome compresivo. La trombólisis farmacomecánica redujo la estancia hospitalaria y procedimientos sin afectar la tasa de éxito. La resección de la primera costilla fue el tratamiento más efectivo, aunque la fractura de *stent* sugiere la necesidad de alternativas.

CO 130. AMPLIANDO HORIZONTES PARA EL EVAR. USO DE LA PRÓTESIS DE PERFIL ULTRA BAJO MINOS®

Pau Martínez i Vidal, Ana Belloso Villanueva, Aniol Solés Gimbernat, Patricia Rodríguez Cabeza, Anna Presas Porcell, Omar Andrés Navarro
Hospital Universitari Doctor Josep Trueta. Gerona

Objetivos: El uso de dispositivos de bajo perfil para el EVAR permite tratar pacientes con factores anatómicos complejos como arterias ilíacas tortuosas,estenóticas o con marcada calcificación.

Los dispositivos Minos® han sido diseñados específicamente para superar estas dificultades.

Material: Presentamos la serie de pacientes en nuestro centro intervenidos entre diciembre de 2020 y 2024. Un total de 26 casos, 23 (88.46 %) hombres y 3 (11.54 %) mujeres, con una edad media de 71.6 años (56-88 años).

Metodología: Estudio retrospectivo observacional donde se recogieron comorbilidades, complicaciones durante la cirugía, así como características anatómicas del aneurisma, dimensiones de los componentes y la necesidad de procedimientos adicionales. Se realizó seguimiento al mes, a los 6 meses y posteriormente de forma anual.

Resultados: Éxito técnico del 100 %, con 2.65 días (1-16 días) de media de ingreso. Se realizaron procedimientos añadidos ya previstos en 2 pacientes con patología esteno-oclusiva de las EEl durante la misma intervención. En 4/26 (15.38 %) casos de los pacientes presentaban bifurcaciones aórticas < 18 mm y 11/52 (21.15 %) de AIE presentaron un calibre < 6 mm con una media de 7.44 mm (4.9-12.7). Se observó una tortuosidad elevada del eje ilíaco con un signo de doble ilíaca en 12/26 (46.15 %) de los casos. En 15/26 (57.7 %) de los casos se usó 1 proglide por cada acceso femoral, con 2 (7.7 %) casos donde fue necesario un abordaje abierto por fallo del cierre percutáneo. Ausencia de endofugas de tipo I o III, migración de la endoprótesis, muerte relacionada con el EVAR, ruptura del AAA ni reintervenciones. La media de seguimiento es de 11.65 meses (1-48 meses) con 11/26 (42.30 %) casos con regresión del saco a los 12 meses. Hubo 1 caso de obliteración de AIE derecha y estenosis crítica de AIE izquierda a los 6 meses que requirió *stenting* bilateral.

Conclusiones: Los ejes ilíacos estrechos y tortuosos son una causa frecuente que limita la viabilidad del EVAR. La endoprótesis Minos® ha demostrado ser segura y eficaz en el tratamiento de AAA mediante un perfil ultra bajo que permite el tratamiento de pacientes con anatomía difícil.

CO 35. EVALUACIÓN DE LA FRAGILIDAD COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL CON INDICACIÓN QUIRÚRGICA

Clara Raventós Ticó, Eduard Casajuana Urgell, Adrià López Campillo, Gaspar Mestres Alomar, Emili Sacanella Meseguer, Vicente Riambau Alonso
Hospital Clínic Barcelona. Barcelona

Objetivos: Debido al incremento de la esperanza de vida poblacional, los pacientes tributarios de cirugía de Aneurisma de Aorta Abdominal (AAA) presentan edades más avanzadas y mayor comorbilidad. Al tratarse de una enfermedad asintomática y una cirugía profiláctica, evaluaciones prequirúrgicas como la fragilidad pretenden ayudar a discernir que pacientes se benefician de una cirugía aórtica. El objetivo de nuestro estudio es evaluar la fragilidad preoperatoria como marcador predictor de mortalidad en pacientes con AAA con indicación quirúrgica.

Material: Cohorte retrospectiva de pacientes consecutivos con diagnóstico de AAA con indicación quirúrgica programada entre 2020 y 2024 a los que se les realizó una evaluación de fragilidad preoperatoria.

Metodología: Se incluyeron todos aquellos pacientes con edad igual o superior a 80 años o esperanza de vida aparentemente limitada por su comorbilidad. La evaluación de fragilidad se compone de siete escalas validadas y realizadas por el servicio de Geriátrica. Se registraron datos demográficos, cirugía realizada y seguimiento posoperatorio. La relación entre grado de fragilidad y supervivencia durante el seguimiento se estimó mediante curvas de mortalidad Kaplan-Meier.

Resultados: Se analizaron 67 pacientes (edad media 82,5; 94,0 % hombres) con diagnóstico de AAA con indicación quirúrgica, con un seguimiento medio posterior de 1,9 años. Fueron clasificados según fragilidad en no frágiles (44,8 %), fragilidad inicial (44,8 %) o fragilidad media-avanzada (9,0 %). Se intervinieron 57 pacientes (85,1 %) de los cuales 54 endovascular (80,6 %) 3 cirugía abierta (5,3 %)

y 10 no intervenidos (14,9 %). La supervivencia estimada a 2 años fue del 82,7 %. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas de las comorbilidades entre los grupos de fragilidad. Tampoco se han hallado diferencias en la mortalidad entre los subgrupos de fragilidad, diferentes escalas de fragilidad o la indicación quirúrgica realizada. La principal causa de mortalidad fue neoplasia (35,7 %), y solo hubo una muerte relacionada con la aorta, en el grupo no intervención y fragilidad avanzada.

Conclusiones: La valoración de la fragilidad no parece ser un predictor de mortalidad en pacientes diagnosticados con AAA con indicación quirúrgica, siendo la supervivencia elevada en nuestra muestra. Se requeriría una muestra mayor, un seguimiento más prologado y la consideración de incluir otras escalas de fragilidad para obtener resultados más concluyentes.

CO 105. EL IMPACTO DEL GÉNERO EN LA ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA

Mariona Mas Padilla, Laia Sánchez García, Olga Peypoch Pérez, Gemma Guiu Gil, Laura Bayarri Costas, Robert Tejedor Millos, Jaume Félix Dilmé Muñoz
Hospital de la Santa Creu i de Sant Pau. Barcelona

Objetivos: Analizar las diferencias de género en la enfermedad arterial periférica (EAP) en términos de características clínicas, distribución anatómica, abordajes quirúrgicos y resultados clínicos en pacientes intervenidos en un hospital terciario.

Material: Se incluyeron 228 pacientes con EAP intervenidos en 2024. La muestra incluyó 161 hombres (70.6 %) y 67 mujeres (29.4 %). Se analizó la primera cirugía de revascularización realizada.

Metodología: Estudio retrospectivo observacional donde se compararon comorbilidades, localización anatómica de la enfermedad, tipo de cirugía y resultados clínicos (mortalidad, reintervenciones y amputación mayor). Se aplicaron pruebas estadísticas para evaluar diferencias entre sexos.

Resultados: Las mujeres fueron diagnosticadas y operadas a edades más avanzadas que los hombres (edad media al diagnóstico: 74,5 vs. 68,2 años, $p < 0,001$; edad media a la intervención: 75,8 vs. 70,8 años, $p = 0,001$). Todas las comorbilidades fueron comparables entre grupos, excepto por una mayor prevalencia de tabaquismo y cardiopatía isquémica en hombres (85,1 % vs. 37,3 %, $p < 0,001$ y 26,1 % vs. 13,4 %, $p = 0,037$, respectivamente) y de enfermedades reumatológicas en mujeres (17,9 % vs. 6,2 %, $p = 0,006$). Las mujeres presentaron isquemia crítica al diagnóstico más frecuentemente que los hombres (58,2 % vs. 44,1 %, $p = 0,05$). Sin embargo, no se encontraron diferencias entre sexos en el grado clínico a la cirugía. Se observó una menor afectación del sector aortoiliaco en mujeres (20,9 % vs. 37,5 %, $p = 0,015$). La distribución fémoro-poplíteo y distal fue similar entre ambos sexos. En cuanto a los abordajes quirúrgicos, la cirugía endovascular fue más común en mujeres (88,1 % vs. 70,8 %, $p = 0,006$), mientras que la cirugía abierta predominó en hombres (18 % vs. 6 %, $p = 0,022$). La mortalidad a los 30 días fue similar entre sexos, pero la mortalidad al año fue mayor en mujeres (13,4 % vs. 5,6 %, $p = 0,045$). No hubo diferencias significativas en la tasa de amputación mayor ni en la necesidad de reintervención.

Conclusiones: Las mujeres con EAP son diagnosticadas a edades más avanzadas y con un grado clínico más severo, presentando una mayor mortalidad al año respecto a los varones. Debemos ser conscientes de las diferencias observadas. Se requieren más estudios para averiguar si estas diferencias son debidas al sexo independientemente del resto de variables.

CO 111. TRATAMIENTO DE ANEURISMAS NATIVOS INFECCIOSOS DEL SECTOR AORTO-ILÍACO: NUESTRA EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

Yaiza Villagrasa Salagre, Iñaki Cernuda Artero, Álvaro Peñalba Vicario, Amira Aguado Pereda, Andoni González Fernández, Reyes Vega Manrique
Hospital Universitario Basurto. Bilbao

Objetivos: Evaluar las características clínicas, el tratamiento y la evolución de los pacientes intervenidos de aneurismas nativos infecciosos (ANI) del sector aorto-ilíaco en nuestro centro.

Material: Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de ANI intervenidos mediante cirugía abierta (CA) o tratamiento endovascular (TEV) de enero de 2014 a diciembre de 2024.

Metodología: Estudio observacional retrospectivo. Se definió ANI según los criterios publicados en las últimas guías de la ESVS (clínica, pruebas de laboratorio y microbiología, hallazgos radiológicos e intraoperatorios). Se registraron datos demográficos y clínicos, localización del ANI, microorganismos aislados, tratamientos realizados, complicaciones, presencia de infección persistente, duración del régimen antibiótico, necesidad de reintervención y mortalidad.

Resultados: Se incluyeron 17 pacientes, varones el 76,5 % ($n = 13$), con una media de edad de 67 años. El 47,1 % ($n = 8$) tuvo una infección concomitante y se identificó el microorganismo causante en 8 casos, siendo el más frecuente *Staphylococcus spp.* (25 %, $n = 2$). En el 53 % ($n = 9$) se realizó CA, en el 41,2 % ($n = 7$) TEV y en un caso (5,8 %) tratamiento híbrido (TH). En los pacientes intervenidos mediante CA la localización más frecuente fue infrarrenal (88,9 %, $n = 8$) y toracoabdominal tanto en el TEV (42,8 %, $n = 3$) como en el caso de TH. Presentaron complicaciones en el posoperatorio un caso (11,1 %) de CA (perforación intestinal y vesical), un caso (14,3 %) de TEV (endofuga tipo I y trombosis arterial pospunción) y el único paciente de TH (endofuga tipo I). La infección persistente se dio en dos (22,2 %) casos de CA y dos (28,6 %) de TEV, precisando reintervención un solo paciente (14,3 %) de TEV. El caso con TH fue el único éxito en los primeros 30 días, con una mortalidad en el seguimiento del 11,1 % ($n = 1$) en el grupo de CA y del 28,6 % ($n = 2$) en el de TEV. En el 58,7 % ($n = 10$) de los casos se instauró terapia antibiótica supresiva de por vida. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos.

Conclusiones: El ANI es una entidad infrecuente, de difícil tratamiento y potencialmente mortal que precisa un enfoque individualizado. A pesar de que en el TEV se observaron más complicaciones, infección persistente, reintervención y mortalidad, probablemente debido a la localización más desfavorable de los ANI, es una alternativa válida a la CA.

CO 161. COMPLICACIONES DERIVADAS DEL ACCESO FEMORAL EN LA IMPLANTACIÓN DE LA VÁLVULA AÓRTICA TRANSCATÉTER (TAVI)

Francina Rocamora Horrach, Agustín Mínguez Bautista, Roger Puigmacià Minguell, Enrique Manuel-Rimbau Muñoz, Ainhoa Figuérez Marcos, Pascual Lozano Vilardell
Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca

Objetivos: Analizar las complicaciones relacionadas con el acceso vascular en pacientes sometidos a TAVI vía transfemoral.

Material: 477 pacientes sometidos a TAVI vía transfemoral entre enero de 2016 y abril de 2024.

Metodología: Estudio retrospectivo y descriptivo en el que se evaluaron complicaciones vasculares que requirieron intervención por cirugía vascular o cardiología en la misma sala de hemodinámica, así como su relación con los dispositivos de cierre utilizados. También se analizó la mortalidad a 30 días relacionada con el procedimiento.

Resultados: Se incluyeron 44,2 % varones y 55,8 % mujeres, con media de 80,9 años (DE 6,6). Se identificaron 226 lesiones arteriales (47,3 %), distribuidas de la siguiente manera: 6,7 % hematomas inguinales, 1,8 % fístulas arteriovenosas, 7,9 % falsos aneurismas, 16,5 % lesiones obstructivas/disecciones, 11,9 % roturas arteriales y 2,5 % otras lesiones menos prevalentes (persistencia del introductor dentro en la arteria o la desinserción

completa de arteria ilíaca externa (aIE)). El dispositivo de cierre varió entre Manta (50,5 %), Proglide (36,4 %), Angioseal (1,2 %) y abordaje quirúrgico (5,1 %). En el resto no se documentó el sistema usado. En cuanto al tratamiento, 66 pacientes (29,2 %) fueron manejados de forma conservadora. Por otro lado, 116 (51,3 %) requirieron algún procedimiento para reparar la complicación sobre el acceso vascular: 72 (62 %) tratados en hemodinámica mediante *stents* cubiertos, 34 (29,3 %) necesitaron intervención quirúrgica abierta, incluyendo reparación endovascular en 11 (9,5 %), reparación de pseudoaneurisma femoral, rotura arterial o venosa en 10 (8,6 %), 4 reparaciones arteriales simples (3,5 %), 5 extracciones de material endovascular con trombectomía y reparación arterial (4,4 %), 3 injertos (o *bypass*) arteriales (2,6 %) y 1 laparotomía exploradora con clampaje aórtico por desinserción de aIE (0,8 %). En 10 casos (8,7 %), se realizó embolización del falso aneurisma con trombina. La mortalidad a 30 días fue 2,9 %, con un fallecimiento por shock hemorrágico por lesión de la aIE.

Conclusiones: Las complicaciones del acceso vascular en TAVI vía transfemoral siguen siendo frecuentes (47,3 %). Optimizar la selección del acceso y mejorar las técnicas es clave para reducir complicaciones y mejorar resultados. La decisión conjunta entre cardiología y cirugía vascular podría disminuir la incidencia de complicaciones y modificar la indicación o el tipo de abordajes en casos seleccionados.

CO 177. TÉCNICA STABILISE PARA EL TRATAMIENTO DE DISECCIÓN AÓRTICA TIPO B

Esteve Bramon Casademont, Begoña Soto Carricas, Cristina Tello Díaz, Robert Tejedor i Millos, Mariona Mas Padilla, Gemma Guiu Gil, Jaume Dilmé Muñoz
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

Objetivos: Evaluar eficacia y seguridad del tratamiento con técnica STABILISE en disecciones aórticas tipo B. Se evalúa, éxito técnico intraoperatorio, mortalidad, secuelas neurológicas y remodelado aórtico.

Material: Pacientes tratados en nuestro centro mediante la técnica STABILISE del 18/12/2018 al 19/11/2024.

Metodología: Estudio observacional retrospectivo unicéntrico. Se define éxito técnico como implantación de las endoprótesis aórticas con de la sellado puerta de entrada principal y permeabilidad de todos los troncos viscerales. Se analizan reintervenciones y supervivencia, así como el remodelado aórtico, definido como expansión de la luz verdadera sin crecimiento aórtico total. También se valora la persistencia de la luz falsa (LF) a diferentes niveles.

Resultados: 15 pacientes fueron tratados, 11 varones (73,3 %), edad media 55 años (DS 10,3). Tres pacientes (20 %) se habían sometido a una reparación quirúrgica de una disección aórtica tipo A. Seis pacientes (40 %) se trataron en fase aguda, 7 (46,7 %) en subaguda y 2 (13,3 %) en crónica, siendo la media de tiempo desde el diagnóstico hasta la intervención de 77,5 días (DS 130,7). Todos los pacientes se intervinieron por disecciones complicadas o con progresión del diámetro aórtico significativo en el seguimiento precoz. Éxito técnico en 14 pacientes (93,3 %) con 3 reintervenciones precoces (< 30 d), 1 TEVAR proximal, una nefrectomía por sangrado y una plastia femoral. Mortalidad periprocedimiento 0 %. La media de seguimiento fue de 29,4 meses (DS 25,8) con una supervivencia del 100 %. Ausencia de lesiones medulares/ictus en el seguimiento. Observamos remodelado aórtico positivo en 13 pacientes (86,7 %) con crecimiento de diámetros aórticos en 2 pacientes. Se aprecia ausencia de LF a nivel torácico en 10 pacientes (66,7 %) y permeabilidad parcial o total en 5 (33,3 %). A nivel visceral, ausencia de LF en 10 (66,7 %) y permeabilidad parcial o total en 5 (33,3 %) y ausencia completa de LF en aorta infrarrenal en todos los pacientes.

Conclusiones: En nuestra serie, la técnica STABILISE como estrategia para la disección aórtica complicada, parece segura, reproducible y con buena remodelación aórtica a mediano plazo.

CO 65. EVALUACIÓN ACTUALIZADA DE LA FLORA MICROBIANA Y LA ANTIBIOTERAPIA REQUERIDA EN EL PIE DIABÉTICO

June Fernández Fernández, Xabier Cabezuelo Adame, Melina Vega de Ceniga, June Blanco Larizgoitia, Luis Estallo Laliena

Servicio Vasco de Salud. Galdakao, Bizkaia

Objetivos: Analizar la flora microbiana identificada en pies diabéticos (PD) sobreinfectados, evaluar la efectividad del tratamiento antibiótico empírico, y determinar los resultados clínicos tras el tratamiento antibiótico empírico y ajustado.

Material: Cohorte prospectiva de pacientes con PD ingresados entre 01/01/2019 y 31/12/2023.

Metodología: Análisis retrospectivo de cohorte prospectiva. Se seleccionaron los pacientes con sospecha de infección y que recibieron tratamiento antibiótico. Se describen variables demográficas, clínicas, hallazgos microbiológicos, tratamiento antibiótico y quirúrgico y evolución hasta el 31/12/2024. Se utilizó el programa SPSS 20.0 para estadística descriptiva.

Resultados: De los 316 pacientes con PD registrados, 151 tuvieron sospecha de infección (47,8 %), 126 hombres (83,4 %) y 25 mujeres (16,6 %), con edad media de $70,2 \pm 12,8$ años. Cuarenta y nueve PD (32,5 %) fueron neuropáticos, 56 (37,2 %) neuroisquémicos y 52 (34,4 %) isquémicos. Cuarenta y cinco pacientes (29,8 %) tuvieron infección superficial, 56 (37,1 %) flemón y 50 (33,1 %) absceso, desarrollando sepsis 8 (5,3 %). La infección fue monomicrobiana en 66 casos (43,7 %), con *S. aureus* como microorganismo más prevalente seguido de *E. faecalis* y *E. cloacae*, y polimicrobiana en 44 (29,1 %), con *S. aureus*, *E. cloacae* y *E. coli* con mayor frecuencia. No se consiguió cultivo en 41 pacientes (27,2 %). El antibiótico empírico más utilizado fue el meropenem en 80 casos (53 %) seguido de amoxicilina-clavulánico, con un 4,4 % de resistencias constatadas. El ciprofloxacino fue el antibiótico específico más utilizado ($n = 31/106$; 29,24 %), seguido de amoxicilina-clavulánico ($n = 16/106$;

15 %). Cincuenta y cinco pacientes precisaron revascularización (36,4 %). Se realizó desbridamiento en 12 pacientes (7,9 %), amputación precoz menor en 49 (32,4 %) y amputación precoz mayor en 12 (7,9 %). Ningún paciente presentó reinfección al año. En 105 (69,5 %) casos se consiguió la cicatrización completa de la lesión, en un tiempo medio de $5,8 \pm 4,5$ meses.

Conclusiones: El *S. aureus* y el *E. cloacae* son los gérmenes más frecuentes en las sobreinfecciones de PD en nuestra área. La antibioterapia empírica de amplio espectro y ajustada según antibiograma que se han utilizado han resultado una correcta estrategia en el tratamiento de la infección del PD.

CO 101. MEJORA EN EL GRADO DE SATISFACCIÓN CON LA DOCENCIA DE LOS MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES DE CIRUGÍA VASCULAR, TRAS LA INTRODUCCIÓN DE MÉTODOS DE EVALUACIÓN POR COMPETENCIAS EN SU PROCESO FORMATIVO

Eduardo Mateos Torres, Gloria Nohales Taurines, Carmen Montoro Pacha, María Mascaró Oliver, Lidia Marcos García, Carles Díaz Durán
Hospital del Mar. Barcelona

Objetivos: Los métodos basados en la evaluación de las competencias podrían mejorar la formación de los médicos internos residentes (MIR). El objetivo de este estudio es analizar el impacto de dichos métodos en la percepción de los MIR sobre la docencia en su servicio.

Material: Entre 2019-2020, se implementó un programa de evaluación por competencias en el servicio de Angiología y Cirugía Vascular, realizando de forma anual a cada uno de los 5 residentes (uno por año formativo) los siguientes métodos de evaluación: Incidente Crítico, Auditoría de informes, DOPS quirúrgico, Rúbrica, 360°, Autoevaluación y Portafolio.

Metodología: Para analizar el impacto de estas actuaciones, se realizó un estudio de cohortes, com-

parando la puntuación media de los 5 MIR de Cirugía Vascular en las preguntas que hacían referencia al grado de satisfacción con su proceso formativo en la encuesta que realizan anualmente, antes (2018) y después de la implementación (2021/2022/2023), utilizando una escala de 0 a 5. Se compararon las medias de los resultados con los obtenidos por residentes de otras especialidades quirúrgicas (Cirugía General, Urología y Traumatología).

Resultados: En la pregunta: ¿cómo valoras el proceso global de docencia en tu servicio?, la puntuación media pasó de 4 en 2018 a 4.4/4.4/4.8 en 2021/2022/2023 respectivamente. Respecto al tutor, ¿Cómo valoras tu satisfacción global?, se pasó de 4 a 4.6/5/4.8. ¿Cómo valoras la accesibilidad y dedicación del tutor?, se pasó de 4 a 4.6/5/4.8. ¿Cómo valoras el seguimiento que hace el tutor de tu formación?, se pasó de 3.6 a 4.6/5/4.8. Comparativamente con el resto de los servicios quirúrgicos evaluados, Cirugía Vascular ascendió del tercer lugar al primero en la puntuación de todas las preguntas analizadas.

Conclusiones: La implementación de métodos de evaluación por competencias ha mejorado la percepción de los MIR sobre la calidad docente, el seguimiento de su formación y satisfacción con el papel de los tutores.

CO 156. RATIO NEUTRÓFILO/LINFOCITO (RNL) COMO PREDICTOR DE COMPLICACIONES Y MORTALIDAD EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA AÓRTICA COMPLEJA

Kerbi Alejandro Guevara Noriega^{1,2}, Raquel Chávez Abiega¹, Diego Sisa Eliseche¹, Maria Marcet Recolons¹, Javier Ramírez Ruiz¹, Teresa Solanich Valldaura¹

¹Parc Tauli Hospital Universitari. Sabadell, Barcelona.

²Centro Médico Teknon. Barcelona

Objetivos: El papel fisiopatológico de la inflamación en la enfermedad vascular está bien establecido. Sin embargo, la relación entre la inflamación y la enfermedad aneurismática, así como el im-

pacto de las intervenciones quirúrgicas para su manejo, sigue siendo menos esclarecida. Nuestro objetivo es exponer la correlación entre el *ratio* neutrófilos-linfocitos (RNL) y las complicaciones o mortalidad después de cirugía aórtica compleja (CAC)

Material: Se realizó un análisis retrospectivo de una base de datos prospectiva en una sola institución, evaluando pacientes con aneurisma aórtico abdominal (AAA) sometidos a CAC entre 2013 y 2023. Se excluyeron pacientes con evidencia clínica o de laboratorio de infección preexistente o proceso inflamatorio.

Metodología: Se establecieron tres momentos temporales: 24 horas, 48 horas y 72 horas. Se comparó la media de RNL con la tasa de eventos cardiovasculares, renales, neurológicas e infecciosas, así como la mortalidad. Se analizaron medias con t-Student.

Resultados: Se incluyeron 89 pacientes. El RNL basal fue $3,15 \pm 2,44$, sin diferencias estadísticamente significativas entre pacientes fallecidos y supervivientes ($p = 0,207$). Los valores posoperatorios de RNL a las 24 y 72 horas fueron más altos en pacientes que fallecieron ($p: 0,025$ y $p: 0,010$ respectivamente), así como en aquellos que desarrollaron insuficiencia renal aguda (IRA) y complicaciones respiratorias no infecciosas ($p < 0,001$ en ambos casos). El RNL preoperatorio mostró potencial predictivo para complicaciones respiratorias ($p = 0,028$). Los valores de RNL a las 24 horas se encontraron elevados en pacientes que posteriormente desarrollaron infección del tracto urinario ($p = 0,019$), infección del sitio quirúrgico ($p = 0,049$) y paraplejia ($p = 0,0031$).

Conclusiones: Se propone la utilización de umbrales de RNL validados internamente como predictores del riesgo de mortalidad en esta población de pacientes. Los valores posoperatorios de RNL pueden ser útiles para la detección y manejo temprano de complicaciones después de CAC. La relación precisa entre el RNL y la aparición de resultados clínicos adversos sigue siendo incierta.

No está claro si estos biomarcadores elevados sirven como un indicador indirecto de un estado inflamatorio subyacente que aumenta el riesgo de mortalidad/complicaciones, o si es un epifenómeno no directamente causante de los eventos adversos observados.

CO 164. RELACIÓN ENTRE EL RATIO NEUTRÓFILO/LINFOCITO (RNL) Y EL RATIO PLAQUETA/LINFOCITO (RPL) CON LA REGRESIÓN DEL SACO ANEURISMÁTICO EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA ENDOVASCULAR AÓRTICA COMPLEJA

Raquel Chávez Abiega¹, Kerbi Alejandro Guevara Noriega^{1,2}, Maria Marcet Recolons¹, Javier Ramírez Ruiz¹, Pablo Javier Salvaré Heikel¹, Teresa Solanich Valldaura¹

¹*Parc Tauli Hospital Universitari. Sabadell, Barcelona.*

²*Consorci Sanitari del Maresme. Mataró, Barcelona*

Objetivos: Los mecanismos biológicos que determinan la estabilidad o regresión del saco aneurismático no expansivo están poco comprendidos, siendo la inflamación un factor potencialmente relevante. El objetivo es evaluar la relación y potencial predictivo el *ratio* neutrófilo/linfocito (RNL) y el *ratio* plaqueta/linfocito (RPL) como biomarcadores de inflamación con la regresión del saco aneurismático tras la reparación endovascular de aneurismas de aorta abdominal mediante FEVAR/BEVAR.

Material: Estudio retrospectivo con base de datos prospectiva realizado en un único centro entre enero 2013 y diciembre 2023. Se incluyeron pacientes con aneurismas de aorta abdominal complejos sometidos a procedimientos endovasculares avanzados (FEVAR/BEVAR), sin cirugía aórtica previa y con analíticas disponibles en los períodos de estudio (preoperatorio, 12 h, 24 h y 72 h posoperatorias). Se excluyeron pacientes con infección activa, malignidad, neutrofilia (> 90 %), trauma o cirugía reciente, y trastornos autoinmunes/inflamatorios sistémicos

Metodología: Se analizaron angio-TC aórticos mediante el uso de *software* de reconstrucción 3D previo a la cirugía, a los 30 días y 180 días. Se tomaron medidas del saco aneurismático y se estableció la tasa de regresión. Se realizaron correlaciones de los valores de RNL y RPL con la regresión del saco aórtico. Adicionalmente, se compararon las medias de regresión del saco con puntos de corte medios de RNL y RPL mediante t-Student.

Resultados: No se encontró correlación significativa entre RNL/RPL y la regresión del saco a los 30 días posoperatorios. A los 180 días, se observó correlación entre la regresión del saco aneurismático aórtico y los valores de RNL ($p < 0.043$) y RPL ($p < 0.024$) extraídos de la analítica tomada a las 12 horas posoperatorias. Este efecto se mantiene al correlacionar diámetros aórticos con los marcados inflamatorios obtenidos de analíticas sanguíneas a las 72 horas posoperatorias: RNL ($p < 0.013$) y RPL ($p < 0.007$).

Conclusiones: Los *ratios* RNL y RPL medidos en las primeras 72 horas posoperatorias muestran una asociación significativa con la regresión del saco aneurismático a los 180 días tras la intervención. Estos biomarcadores podrían ser útiles como predictores tempranos de la evolución del saco aneurismático tras la reparación endovascular de aneurismas aórticos complejos.

CO 213. BYPASS AORTOBIFEMORAL: ¿IMPORTA LA CLASIFICACIÓN TASC INFRAINGUINAL EN SU PERMEABILIDAD?

Paula Álvarez Esteve, Cesar Aparicio Martínez, Ana Begoña Arribas Díaz, Alejandro González García, Jennifer Díaz Cruz, Ciro Baeza Bermejillo
Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid

Objetivos: El *bypass* aortobifemoral es el tratamiento quirúrgico clásico para la enfermedad oclusiva aortoiliaca. La permeabilidad de cualquier *bypass*, depende en gran medida de la anastomosis y del grado de obstrucción de las arterias dis-

tales. La clasificación TASC (Trans-Atlantic Inter-Society Consensus) ofrece un sistema universalmente reconocido para estratificar la severidad de la aterosclerosis. Nuestro objetivo fue evaluar la permeabilidad de los injertos aortobifemorales en relación con la TASC infrainguinal.

Material: Realizamos un estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico, incluyendo todos los injertos aortobifemorales entre 2013 y 2023 por enfermedad oclusiva aortoiliaca. El objetivo primario fue analizar la permeabilidad a un año de cada rama del *bypass*. Como objetivos secundarios, estudiamos el salvamento de extremidad, la mortalidad y las complicaciones posquirúrgicas. Todos los pacientes contaban con un angio-TAC preoperatorio, revisado por un único observador para clasificar las lesiones femoropoplíteas según la TASC.

Metodología: Se realizó un análisis descriptivo de la muestra y se buscaron asociaciones entre la permeabilidad de cada rama del injerto, la TASC infrainguinal, el grado de isquemia de Rutherford y la anastomosis distal.

Resultados: Se incluyeron 50 pacientes ($61,1 \pm 7,3$ años), 74 % hombres. Se identificaron 49 extremidades TASC A, 20 TASC B, 10 TASC C y 21 TASC D. El 60 % presentaba isquemia crítica, de los cuales el 26 % ($n = 13$) categoría 5 de Rutherford, el 34 % ($n = 17$) categoría 4. El 40 % restante ($n = 20$), categoría 3 de Rutherford. El 46 % de las anastomosis distales fueron a la arteria femoral profunda. La permeabilidad al año fue del 98 % ($n = 98$). No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre la TASC infrainguinal y la permeabilidad del injerto. La supervivencia al año fue del 92 % ($n = 46$), sin relación con edad, sexo o comorbilidades.

Conclusiones: El *bypass* aortobifemoral es una cirugía segura y efectiva, con altas tasas de permeabilidad a medio plazo, independientemente del grado de aterosclerosis y la presentación clínica. Son necesarios estudios con mayor seguimiento y tamaño muestral para establecer asociaciones más sólidas.

CO 90. PROTOCOLO DE PROTECCIÓN CEREBRAL PARA IMPLANTACIÓN DE STENT CAROTÍDEO

Andrés Recover Palenona, Estrella Blanco Cañibano, María Isabel Badell Fabelo, Beatriz García Fresnillo, Caridad Morrata Barrado, Mercedes Guerra Requena
Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara

Objetivos: El abordaje transfemoral para la implantación de *stent* carotídeo se asocia a mayor riesgo de resultados adversos en pacientes de mayores de 80 años. En nuestro servicio iniciamos un protocolo para la implantación de *stent* vía transcervical (TCS) con una técnica de doble protección cerebral (progresión de filtro a carótida interna distal e inversión de flujo temporal durante el cruce de la lesión), en aquellos pacientes mayores de 80 años con estenosis > 70 % de carótida interna sintomáticos neurológicamente. Nuestro objetivo es valorar los resultados de la implantación del protocolo.

Material: Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico. Se incluyeron pacientes tratados mediante *stent* carotídeo (agosto-2006 a octubre-2024).

Metodología: Análisis en relación con factores de riesgo cardiovascular preoperatorio, complicaciones perioperatorias.

Resultados: 78 pacientes. Edad mediana: 70.14 años (47-85); 84.6 % hombres; 37.2 % ($n = 29$) sintomáticos neurológicamente. En 16,7 % ($n = 13$) pacientes se utilizó TCS y 83.4 % ($n = 65$) filtro distal transfemoral (TFS). Las indicaciones para utilizar TCS ($n = 13$) fueron: 7 mayores de 80 años sintomáticos neurológicamente; 2 aneurisma de aorta; 2 cardiopatía severa con alto riesgo quirúrgico; 3 casos se reconvirtieron a TCS por imposibilidad de progresión del filtro vía transfemoral. Mayor porcentaje de pacientes del grupo TCS presentaba cardiopatía isquémica ($p = 0,027$), insuficiencia renal crónica ($p = 0.003$), fibrilación auricular ($p = 0.028$). No hubo diferencias significativas en tiempo qui-

rúrgico o de radiación entre ambos grupos. Ningún paciente del grupo TCS presentó intolerancia a la inversión de flujo. Se produjeron 2 eventos neurológicos perioperatorios con recuperación completa (TFS 1.3 % vs. TCS 0 %, $p = 0.62$). Mortalidad posoperatoria: 0 %. Estancia mediana (días): 2.1 (DE 1.2) TFS y 3.07 (DE 2.01) TCS ($p = 0.039$)

Conclusiones: La aplicación de un protocolo para la selección del método de protección cerebral en

la implantación de *stent* carotídeo permite obtener bajas tasas de complicaciones posoperatorias. En nuestra serie, el abordaje transcervical con doble protección cerebral ha mostrado ser una técnica segura en aquellos casos de pacientes mayores de 80 años sintomáticos, en aquellos con limitaciones para el abordaje femoral o anatomía desfavorable del arco aórtico, minimizando el tiempo de inversión del flujo y la posibilidad de intolerancia asociado a las técnicas de inversión de flujo.



PANELES

PA 145. RESULTADOS DEL STENTING RETRÓGRADO DE ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR (ROMS) EN PACIENTES CON ISQUEMIA INTESTINAL

Paloma Alonso Diego, Alba Alonso Pastor, José Antonio del Castro Madrazo, Amer Zanabali Al Sibbai, Francisco Álvarez Marcos, Manuel Alonso Pérez
Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). Oviedo

Objetivos: Analizar los resultados de la técnica ROMS en pacientes con isquemia mesentérica en nuestro centro.

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

Metodología: Estudio descriptivo de casos con isquemia mesentérica tratados mediante ROMS en el periodo 2018-2024 en un hospital terciario. Análisis de características demográficas, datos quirúrgicos, permeabilidad y mortalidad.

Resultados: Se trataron 16 pacientes ($74,2 \pm 9$ años, 38 % mujeres) en el periodo a estudio. Las principales comorbilidades fueron la hipertensión arterial (94 %), el tabaquismo (75 %), la dislipemia (75 %), la cardiopatía isquémica (44 %, revascularizada en el 25 %) y la enfermedad renal crónica (6,3 % en diálisis). El 88 % ($n = 14$) de los procedimientos se realizó de urgencia, siendo el *stent* más utilizado el VBX ($n = 7$), seguido de BeGraft ($n = 5$), Advanta ($n = 3$), Viabahn y Tigris ($n = 1$). En el 44 % de los casos la arteria mesentérica superior presentó una oclusión completa (longitud media de la lesión $33,5 \pm 21$ mm). El 44 % ($n = 7$) requirió el uso de parche para cierre de arteriotomía, con percardio ($n = 4$) o vena safena ($n = 3$). Cierre abdominal directo en el 31 % de los casos, y terapia de abdomen abierto con vacío en el resto (tiempo medio de abdomen abierto 3.5 días). El 44 % requirió resección intestinal (longitud media 9.1 ± 6 m), que se realizó

siempre en el mismo acto quirúrgico que el *stenting*. Tras una mediana de seguimiento de 23 meses, fue necesario reintervenir al 19 % ($n = 3$): dos casos con litotricia intravascular *intrastent* y uno con angioplastia simple. Permeabilidad del 91 % a 1 y 3 años, y del 55 % a 5 años. La mortalidad a 30 días fue del 31 % ($n = 5$) siendo las principales causas el fallo multiorgánico y la sepsis secundaria al proceso isquémico. La mortalidad a fin del seguimiento fue del 50 % ($n = 8$).

Conclusiones: La técnica ROMS ofrece una alternativa con resultados aceptables en pacientes con isquemia mesentérica que precisen evaluación simultánea de las asas intestinales. En un contexto eminentemente urgente es esperable una alta mortalidad perioperatoria.

PA 140. TRATAMIENTO DE LESIONES ARTERIALES CALCIFICADAS: RESULTADOS DE LA LITOTRICIA A CORTO PLAZO

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

Objetivos: La calcificación arterial dificulta el tratamiento de la arteriopatía periférica al reducir la flexibilidad y limitar la expansión vascular, dificultando técnicas como la angioplastia o el implante de *stents* y aumentando el riesgo de complicaciones. La litotricia intravascular (LIV) utiliza ondas de choque para fracturar los depósitos calcificados en las arterias, facilitando la dilatación y la colocación de *stents*. La LIV ha mostrado potencial para mejorar el tratamiento de arterias severamente calcificadas. Valorar la eficacia y seguridad de la LIV en el tratamiento de lesiones calcificadas en pacientes con arteriopatía periférica.

Material: Historia clínica de los pacientes.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo unicéntrico de 17 pacientes (21 extremidades) sometidos a LIV. Recogida de variables demográficas, comorbilidades, sector anatómico tratado, severidad de la calcificación según la Peripheral Arterial Calcium Score Scale (PACSS), necesidad de tratamiento adyuvante, éxito técnico, reintervenciones, complicaciones, supervivencia libre de amputación (SLA) y mortalidad.

Resultados: El seguimiento medio fue de 245 días. El 15 de los tratamientos fueron del sector femoropoplíteo. En 17 casos se observó calcificación circunferencial y en 0 un PACSS = 4. La longitud media de la lesión fue de 114,67 mm. En 16 extremidades se requirió tratamiento adyuvante. En pacientes con PACSS = 4, hubo 1 calcificación exéntrica y 14 requirieron implante de *stent*. Se logró éxito técnico en todos los casos. Hubo 2 reintervenciones. La SLA de pacientes sometidos a LIV + angioplastia fue del 100 %, en LIV + angioplastia y *stent* un 87,5 % y en LIV aislada un 80 %. No se reportaron complicaciones posoperatorias ni muertes.

Conclusiones: La litotricia intravascular muestra potencial como tratamiento seguro en la arteriopatía periférica calcificada, con bajos índices de complicaciones y reintervenciones. Sin embargo, se necesitan más estudios con mayor muestra y seguimiento para confirmar estos resultados preliminares.

PA 52. EMBOLIZACIÓN DE ENDOFUGA TIPO II DEPENDIENTE DE ARTERIA GLÚTEA MEDIA POR ABORDAJE PERCUTÁNEO ECOGUIADO

Íñigo Calvo Larraz, Julio Reina Barrera, Paula Moro Oliver, Miguel Muela Méndez, Beatriz García Fresnillo, Mercedes Guerra Requena
Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara

Objetivos: Las endofugas tardías de tipo II (T2EL) dependientes de la arteria ilíaca interna (AII) pue-

den presentarse durante el seguimiento después de la reparación endovascular (EVAR) de un aneurisma aortoiliaco. La embolización del saco cuando se ha cubierto el *ostium* de AII debido a enfermedad aneurismática ilíaca extensa, puede suponer un desafío técnico. Para estos casos existen descritas distintas técnicas de exclusión y embolización del saco mediante acceso percutáneo ecoguiado. Nosotros describimos una de ellas, de uso poco frecuente, como es el acceso a través de la arteria glútea media (AGM).

Material: Varón de 87 años, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, tabaquismo. Intervenido de aneurisma de aorta abdominal e ilíaco bilateral en nuestro centro, mediante endoprótesis aortobiilíaca (Gore Excluder®) con *branch* izquierdo y anclaje en ilíaca externa, previa embolización de arteria hipogástrica derecha con Coils Azur™. El paciente perdió seguimiento. Acude a nuestra consulta 4 años después, aportando imágenes de angio-TC realizado en otro centro, en el que se observa T2EL dependiente de AGM derecha, con crecimiento del saco aórtico e ilíaco de 35 mm.

Metodología: En decúbito lateral izquierdo y anestesia general, se realizó punción percutánea ecoguiada de la AGM derecha y arteriografía, donde se observó relleno del saco aórtico e ilíaco derecho. Cateterización del saco mediante guía hidrofílica 0,018 y catéter MP 5Fr. Posteriormente, embolización del saco aórtico, ilíaco y la rama glútea aferente con Onyx® 18 (6 ml) y Onyx® 34 (3 ml), y sellado de AGM con dos Coils Azur™ CX (20x40). La arteriografía intraoperatoria de control mostró la correcta exclusión del saco. Hemostasia del punto de punción con trombina y compresión.

Resultados: En el posoperatorio no se observaron complicaciones isquémicas ni hemorrágicas, siendo dada de alta al segundo día del posoperatorio. En el angio-TC de control de 7 meses posoperatorio no se observan endofugas ni crecimiento del saco.

Conclusiones: La técnica de abordaje percutáneo ecoguiado transglúteo para embolización de T2EL

dependiente de ramas de AII es un abordaje seguro, efectivo y poco invasivo. Es un abordaje poco frecuente, pero a considerar cuando el acceso anterógrado directo no es posible.

PA 63. USO DE SEMIRRAMAS INTERNAS EN LA REPARACIÓN ENDOVASCULAR DE ANEURISMAS AÓRTICOS COMPLEJOS. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Jorge Álvarez Gómez, Ana Cristina Marzo Álvarez, Beatriz García Nieto, Noemí Hidalgo Iranzo, Agustín Decouvette Sureda, María Concepción Bernardos Alcalde

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

Objetivos: Describir nuestra experiencia del uso de semirramas internas para el tratamiento de aneurismas de aorta yuxtarenales, pararenales y toracoabdominales.

Material: Se incluyó a todos los pacientes tratados mediante exclusión endovascular de aneurisma de aorta con uso de endoprótesis con semirramas internas (SBEVAR). Se excluyeron aquellos pacientes que no presentaron un seguimiento mayor a 1 mes.

Metodología: Estudio descriptivo, unicéntrico. Variable principal: ausencia de endofugas y permeabilidad de las ramas durante el seguimiento. Variables secundarias: éxito técnico, mortalidad, estancia hospitalaria media, complicaciones posoperatorias y mortalidad.

Resultados: Se incluyeron 7 semirramas internas en 4 pacientes, todos hombres, con una edad media de $72,10 \pm 4,50$ años. Se trataron 2 aneurismas toracoabdominales, 1 yuxtarenal y 1 caso se realizó por endofuga tipo 1B tras endoprótesis de aorta torácica. Tres (42,86 %) semirramas en tronco celiaco (TC), 3 (42,86 %) en arteria mesentérica superior (AMS) y 1 (14,28 %) en arteria renal izquierda (ARI). Solo se registró 1 isquemia aguda de extremidad inferior como complicación durante el seguimiento en nuestra serie. Se logró un éxito técnico del

100 %, con permeabilidad de todas las ramas y ausencia de fugas Ic y IIc en un seguimiento medio de $3,58 \pm 2,61$ meses en todos los casos. La estancia hospitalaria media fue de $9,50 \pm 6,14$ días. No se registró mortalidad en la serie.

Conclusiones: El uso de semirramas internas representa una alternativa que permite tratar pacientes con anatomías desafiantes, aortas de calibre reducido o con una disposición compleja de los vasos viscerales, mostrando una alta tasa de éxito técnico y buena permeabilidad en seguimiento a corto plazo. Sin embargo, se requiere un seguimiento a largo plazo y estudios con cohortes más amplias para evaluar su durabilidad y su impacto en la estabilidad de los vasos tratados.

PA 133. ATA TIPO III SECUNDARIO A DISECCIÓN CRÓNICA COMPLEJA: CUANDO EL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR NO ES UNA OPCIÓN

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

Objetivos: La reparación de los aneurismas toracoabdominales (ATA) posdisección sigue siendo un reto, dada su complejidad anatómica que dificulta en muchas ocasiones el tratamiento endovascular (TEV). Presentamos el caso de un paciente con un ATA secundario a disección crónica tipo B con 3 luces manejada de forma híbrida en 2 tiempos: TEVAR y cirugía abierta de aorta abdominal e ilíacas a las 4 semanas.

Material: Varón de 74 años, intervenido en 2003 por disección tipo B subaguda mediante un *bypass* aorto-aórtico en zona 4. Presenta un ATA III de 63 mm con aneurismas ilíacos bilaterales grandes y secundarios a disección crónica con 3 luces.

Metodología: Primer tiempo (septiembre/24): endoprótesis disección Zenith desde zona 3 a zona 5 realineando *bypass* previo, soportado con ETE para su liberación en luz verdadera. Segundo

tiempo (octubre/24): sustitución toracoabdominal con prótesis de Coselli. Implante de catéter intradural 24 horas antes de cirugía. Toracofrenolaparotomía por octavo espacio intercostal. ECMO femoro-femoral izquierdo para perfusión retrógrada durante clampaje secuencial para realización de anastomosis proximal entre TEVAR y Coselli. Custodiol frío para protección renal y cánulas de ECMO para TC y AMS. Anastomosis de ramas TT con orden: renal derecha, renal izquierda, mesentérica superior y TC con tiempos de isquemia de 21, 29, 5 y 15 minutos, respectivamente. Preservación de ambas hipogástricas mediante un bifurcado desde Coselli a femoral común derecha e hipogástrica izquierda. Por último, *bypass* a iliaca externa izquierda desde rama izquierda de bifurcado.

Resultados: Extubación en las primeras 48h, sin signos de isquemia medular, con deterioro de la función renal no oligoanúrico con pico de creatinina a las 48 horas. Presentó una complicación de herida que requirió reintervención. Fue dado de alta con complicaciones resueltas, función renal normal y herida cicatrizada, con TAC de control sin complicaciones, con permeabilidad de arterias renales, viscerales e hipogástricas.

Conclusiones: La cirugía híbrida toracoabdominal debe realizarse en centros con experiencia en aquellos pacientes con ATA con anatomía compleja que imposibilite su exclusión endovascular, especialmente en las disecciones crónicas. El estadije de la cirugía, así como el clampaje secuencial, el empleo de ECMO y prótesis Coselli durante la cirugía abierta permiten minimizar el riesgo de complicaciones isquémicas.

PA 185. ALOINJERTOS ARTERIALES CRIOPRESERVADOS EN REVASCULARIZACIÓN INFRAPOPLÍTEA

Carlos Águila Zurita, Pau Bargay Juan, Vicente Gregorio de Pasquale, Francesca Mursia, María José Barbas Galindo, Ignacio Blanes Mompó
Consorcio Hospital General Universitario de València. Valencia

Objetivos: Analizar los resultados de los aloinjertos arteriales criopreservados en la revascularización de miembros inferiores por debajo de la rodilla en pacientes intervenidos en nuestro centro.

Material: Estudio descriptivo, retrospectivo, consecutivo, dentro de un periodo comprendido entre octubre del 2018 a agosto del 2024.

Metodología: El estudio incluyó a 29 pacientes y 34 extremidades. El análisis estadístico se realizó utilizando SPSS, v 20. La tasa de permeabilidad primaria, secundaria y la tasa libre de amputación se evaluó mediante el método de Kaplan-Meier.

Resultados: Las variables demográficas presentaron resultados compatibles con la distribución en pacientes con diagnóstico de isquemia crítica de extremidades. Del grupo de 34 extremidades con isquemia crítica. Un 79 % de las extremidades tenían una puntuación de 2 en la escala Wiffl. Un 74 % de extremidades presentaban un estadio 5 en la escala de Rutherford y un 85 % de las extremidades pertenecían a un estadio 3 según la escala GLASS del sector infra poplíteo. En relación a la anastomosis proximal en un 92 % de extremidades fue realizada a la arteria femoral común, 8 % a la arteria femoral superficial. Un 85 % de extremidades precisaron un procedimiento asociado (*inflow*), siendo, TEA femoral con plastia con parche de pericardio bovino en un 86 % y tratamiento endovascular del eje ilíaco en un 13,8 %. La anastomosis distal fue 3PP en 26 %, A peronea en 33 %, A tibial anterior en 22 %, A tibial posterior en 19 %. El *outflow* predominantemente fue un vaso único (41.2 %), siendo la más frecuente la arteria peronea. La permeabilidad primaria a 6, 12 y 24 meses fue del 75.5 %, 71.3 % y 51.7 %; la permeabilidad secundaria a 6, 12 y 24 meses fue de 81.8 %, 77.8 %, 58.3 % respectivamente. La tasa libre de amputación a los 12 y 24 meses fue del 80.9 % y 75.1 %. La tasa de supervivencia a 24 meses fue de 77 % y la causa principal de mortalidad fue relacionada a eventos cardiovasculares. El seguimiento medio fue de 28 meses (6-37 meses).

Conclusiones: Los aloinjertos arteriales criopreservados, son una alternativa como tratamiento

de revascularización en pacientes que precisan un *Bypass* y carecen de una vena safena mayor adecuada.

PA 20. UN AS EN LA MANGA: ARTERIALIZACIÓN VENOSA, EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Ana Torada Aguilera

Hospital General Universitario de Castellón. Castellón de la Plana

Objetivos: Evaluar y compartir la experiencia reciente con la arterialización venosa distal en nuestro centro mediante una serie de casos.

Material: Estudio de serie de casos descriptivo, prospectivo y unicéntrico que recoge todos los casos de arterialización venosa distal realizados hasta el momento en nuestro servicio.

Metodología: Los pacientes fueron seleccionados por su diagnóstico: isquemia arterial con amenaza de la extremidad no revascularizable de miembros inferiores con riesgo alto de amputación mayor según la escala WiFi. Todos contaban con una arteriografía diagnóstica en la que se objetivó "pie desértico", así como una valoración ecográfica venosa y ausencia de antecedentes de trombosis venosa profunda. La técnica empleada fue híbrida, realizándose *bypass* de arteria poplítea a vena tibial posterior con vena safena interna asociando angioplastia de las venas plantares. También se registró la percepción del nivel del dolor pre y posintervención mediante la escala EVA del dolor. Las características demográficas de los pacientes, las intervenciones realizadas, el seguimiento posquirúrgico y los resultados se registraron utilizando la historia clínica digital.

Resultados: Se realizaron un total de 6 casos. Dos fueron reintervenidos debido a trombosis precoz del *bypass*, y en un caso se objetivó una trombosis tardía, siendo la tasa de permeabilidad secundaria del 66'6 %. Todos presentaron mejoría de más de 7 puntos en la escala EVA del dolor en los primeros

días tras la intervención. La tasa de supervivencia de la extremidad es del 83'3 %, ya que en uno de los casos de trombosis precoz finalmente fue necesaria la amputación mayor. Por último, la tasa de supervivencia global es del 83'3 % aunque el éxito fue secundario a una patología no relacionada con la intervención.

Conclusiones: En nuestra experiencia, la arterialización venosa se presenta como una buena alternativa para mejorar el dolor en reposo, así como evitar o retrasar la necesidad de amputaciones mayores en pacientes con isquemia arterial con amenaza de la extremidad no revascularizables con técnicas ordinarias. La alteración hemodinámica resultante todavía es desconocida, por lo que el seguimiento hemodinámico no está estandarizado. Se necesita mayor evidencia y experiencia respecto a esta intervención para poder general un consenso sobre las mejores opciones de control y seguimiento posoperatorio.

PA 92. DÉFICIT DE VITAMINA D EN PACIENTES CON ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA "NIHILISMO O TRATAMIENTO"

Fernando Uriza Caro

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

Objetivos: a) Conocer la prevalencia del déficit y deficiencia de Vitamina D en los pacientes con Enfermedad arterial periférica; b) identificar el grupo de paciente con indicación de tratamiento por déficit de vitamina D.

Material: Estudio descriptivo, de corte transversal analítico desde el 01/09/2024 al 30/01/2025 en pacientes con enfermedad arterial periférica. Con tamaño muestral de 98 paciente con IC 95 % ($p < 0.05$). Tomando como variables analíticas 25Vit D sérica, Ca sérico, PTHi, PCR, Creatinina sérica, FG estimado por CKD EPI.

Metodología: Se evaluaron a 98 pacientes con edades comprendidas entre 45 y 85 años. Muestra

recolectada en un periodo de 5 meses, donde la vitamina D se determinó a través de quimioluminiscencia por inmunoensayo junto con otros determinantes analíticos. Procesados en el laboratorio de rutina como parte de un perfil de analítica creado para el estudio.

Resultados: La prevalencia de la deficiencia de vitamina D (< 20 ng/ml) fue del 57,8 % y la insuficiencia (20-30 ng/ml) del 26,7 %; entre insuficiencia y deficiencia, el resultado fue del 84,5 % de la muestra, muy superior a la descrita en la población general. Cuando se correlaciona con las otras variables analíticas, encontramos significación estadística con ERC y FG < 60 ml/min estimado por CDK EPI. Encontrando en el 25,5 % de los pacientes con EAP, déficit de Vitamina D y FG < 60 ml/min, criterios suficientes para inicio de tratamiento con vitamina D.

Conclusiones: El déficit de vitamina D se asocia a un incremento de la mortalidad global y cardiovascular. Diferentes metaanálisis han encontrado asociación entre niveles bajos de vitamina D y EAP. Existe aún la controversia de cuál debería ser el criterio de inicio del tratamiento en la población general. En este estudio se evidencio un grupo poblacional de riesgo, ERC E > 3 (FG < 60 ml/min), en donde su déficit refleja la activación de diferentes mediadores del envejecimiento vascular. Las guías internacionales KDOQUI y KDIGO recomiendan el inicio de suplementación en este grupo de ERC (FG < 60 ml/min). Se recomienda identificar a este grupo de riesgo para un manejo oportuno de su déficit y poder tener los efectos pleiotrópicos de esta interesante "vitamina-hormona-Cofactor transcripción nuclear".

PA 158. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE PSEUDOANEURISMA DE AORTA ASCENDENTE

Clara Plaza Pelayo, Luis Riera del Moral, Verónica Carolina Morillo Jiménez, Ana Mayor Díaz, Nathalya Loriths Ahues Peña, Álvaro Fernández Heredero
Hospital Universitario La Paz. Madrid

Objetivos: El pseudoaneurisma de aorta ascendente es una patología infrecuente y potencialmente mortal. Puede relacionarse con complicaciones de cirugía cardíaca o secundario a procesos infecciosos. Aunque el abordaje preferente es la cirugía abierta, pacientes con elevada morbimortalidad se podrían beneficiar de un abordaje endovascular.

Material: Mujer de 80 años con múltiples comorbilidades, diagnosticada hace 2 meses de colecistitis aguda gangrenosa perforada con sepsis secundaria que requirió colecistectomía laparoscópica. En el posoperatorio presenta taponamiento cardíaco por absceso pericárdico que precisa pericardiocentesis. Presenta nuevamente episodio de taponamiento cardíaco que precisa drenaje quirúrgico con esternotomía media. En hemocultivos y líquido pericárdico se aísla *E. coli* tratada mediante antibioticoterapia dirigida. En angio-TC de control se aprecia un pseudoaneurisma (3 x 2.5 x 4 cm) en aorta ascendente, por lo que valoramos el caso en comité multidisciplinar de aorta compleja. Ante el elevado riesgo de una nueva cirugía cardíaca se decide un manejo completamente endovascular con el componente proximal de la endoprótesis Nexus (CPN) (Activion).

Metodología: Tras acceso femoral percutáneo bilateral y colocación de marcapasos ventricular, se cateteriza la aorta ascendente, progresando guía de alto soporte hasta ventrículo izquierdo, y colocando catéter *pigtail* en seno coronario. Se realiza presentación de CPN y liberación en zona cero bajo hipotensión extrema inducida mediante "rapid pacing". En angiografía de control se observa adecuada colocación de CPN con permeabilidad coronaria y de tronco braquiocefálico.

Resultados: Se realiza TC posoperatorio a las 48 horas que refleja sellado de pseudoaneurisma sin datos de complicación. La paciente continúa con antibioticoterapia de manera indefinida con mejoría de parámetros inflamatorios.

Conclusiones: El tratamiento endovascular de la aorta ascendente es una frontera ya alcanzada por los cirujanos vasculares, en casos en los que la reparación abierta no es factible.

PA 183. SÍNDROME DE EAGLE: A PROPÓSITO DE UN CASO

María de Dios Bilbatua, Ioar Larrañaga Oyarzabal, Maider Mendia Bravo, Nerea Bastardo Gordejuela, Begoña Iribar Zubiaur, Sara Loidi Guerriva-Echevarria, Leire Ganzarain Valiente

Hospital Universitario Donostia. Donostia-San Sebastián

Objetivos: El síndrome de Eagle es una condición infrecuente caracterizada por la elongación de la apófisis estiloides y/o una calcificación del ligamento estilohioideo que afecta o irrita a varias estructuras anatómicas adyacentes. El síndrome de Eagle clásico es secundario a la compresión del nervio glosofaríngeo. Por el contrario, el síndrome vascular de Eagle es causado por el contacto con la arteria carótida. Los accidentes cerebrovasculares son los síntomas más comunes que están causados por la compresión vascular directa, disección o tromboembolia secundaria a la lesión sobre la pared carotídea. El objetivo es describir nuestra experiencia en un caso de síndrome de Eagle Vascular.

Material: Varón de 49 años, ingresado en Neurología por ictus isquémicos de repetición (hasta 4 episodios) en hemisferio derecho con oclusión de M1 ACM derecha de etiología indeterminada. Dichos eventos se producen incluso con la progresión del tratamiento médico alcanzando anticoagulación y doble antiagregación.

Metodología: Se realiza Doppler, RMN y angio-TAC evidenciando una apófisis estiloides patológicamente elongada de 51,4 mm además de una impronta en la pared de la arteria carótida interna (ACI) con irregularidad de la luz arterial a nivel de su origen, descartando web carotídeo o placa cálcica en su interior. Sin certeza diagnóstica, se continúa anamnesis al paciente hasta descubrir que todos los procesos estaban predeterminados por accesos de tos secundaria a proceso respiratorio estacional. Tras presentarlo en sesión clínica y con la sospecha clínica de síndrome de Eagle Vascular se propone para tratamiento quirúrgico definitivo por nula respuesta a tratamiento médico optimizado.

Resultados: Se realiza bajo anestesia general y cervicotomía lateral derecha, una resección completa de la apófisis estiloides. Es dado de alta clínicamente asintomático y antiagregación simple. Actualmente, tras 3 meses de la cirugía, continúa sin presentar evento neurológico alguno.

Conclusiones: Aunque el síndrome de Eagle es un síndrome raro, debería tenerse en cuenta dentro de los diagnósticos de eventos cerebrovasculares de repetición.

PA 89. ANGIOSARCOMA EPITELIOIDE DE ALTO GRADO DE HUECO POPLÍTEO MANIFESTADO COMO SOSPECHA DE COMPLICACIÓN TARDÍA DE ANEURISMA POPLÍTEO

Víctor Lozano Bouzon, Julio González Hernandez, Alfredo Silva Willson, Álvaro Vidal Ortiz, Sofía Simón Bellón, José Ramon March García

Hospital Universitario de Getafe. Getafe, Madrid

Objetivos: Presentamos un caso clínico de angiosarcoma epitelioides metastásico en un cuadro previamente considerado como recidiva de aneurisma poplíteo con rápido crecimiento.

Material: Análisis descriptivo de un caso clínico.

Metodología: Se recogen FRCV, presentación clínica, pruebas de imagen diagnósticas y de extensión, técnicas quirúrgicas y hallazgos anatomopatológicos

Resultados: Paciente varón de 69 años, con antecedentes de aneurismas poplíteos bilaterales intervenidos mediante *bypass* poplíteo-poplíteo con vena safena interna (con reintervención posterior de MII por crecimiento de saco aneurismático realizando plicatura del mismo). En la última revisión clínica el paciente refiere dolor en región poplíteo de MID de meses de evolución, con dificultad progresiva para la movilidad y contractura en flexión de rodilla derecha. En RMN osteoarticular realizada por Traumatología por sospecha de patología arti-

cular se aprecia masa ovoidea de 3,4 cm hipointensa en T1 con focos hiperintensos en su interior que podrían corresponder con sangrado, siendo compatible con crecimiento aneurismático. De manera urgente se realiza angio-TC donde se observa permeabilidad de *bypass* poplíteo-poplíteo de MID con crecimiento de saco aneurismático previamente ligado por sospecha de fuga en anastomosis distal, por lo que se decide intervención quirúrgica programada. Durante la misma se realiza arteriografía intraoperatoria transfemoral sin imágenes de hemorragia activa, por lo que se decide realizar la resección completa del saco aneurismático. Tras disección del hueco poplíteo por vía medial no se observa defecto en las anastomosis del *bypass* ni rotura del saco aneurismático, evidenciándose un tejido fibroso y organizado perianeurismático, pudiendo ser trombo antiguo organizado, que se resecta de forma subtotal, enviándose muestras a AP. Se obtiene como resultado de las muestras el diagnóstico de angiosarcoma epitelioides de alto grado con márgenes afectos. Ante dichos hallazgos se realiza *body-CT* con hallazgos de metástasis pulmonares, siendo el paciente derivado a servicio de Oncología para tratamiento quimiorradioterápico.

Conclusiones: Los angiosarcomas son tumores muy infrecuentes, con información poco concluyente en pruebas de imagen y de diagnóstico anatomopatológico, que pueden manifestarse como sospecha de complicaciones vasculares.

PA 203. AUTOTRASPLANTE RENAL PARA LA PRESERVACIÓN DEL RIÑÓN IZQUIERDO EN PACIENTE CON ANEURISMA DE AORTA YUXTARRENAL

Albert Castellà Durall, Carolina Herranz Pinilla, Malka Huici Sánchez, Elena Iborra Ortega
Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Objetivos: Presentamos el caso de un paciente con aneurisma de aorta abdominal yuxtarenal con múltiples arterias renales izquierdas en el que

el manejo multidisciplinar ofrece una opción de tratamiento que permite preservar el riñón.

Material: Varón de 73 años, fumador, hipertenso, dislipémico y con EPOC, celíaquía, gastritis atrófica y leiomioma de esófago. Presenta aneurisma de aorta yuxtarenal de 65 mm de diámetro máximo con arteria ilíaca común derecha de 33 mm e izquierda de 21 mm. Riñón izquierdo con 3 arterias renales (1 con salida del mínimo cuello y 2 directamente del aneurisma). Filtrado glomerular de 43 ml/min y renograma con eficiencia relativa del riñón derecho del 60 % y 40 % del izquierdo. Riñón izquierdo con ligera disfunción parenquimatosa. Teniendo en cuenta la anatomía del aneurisma, se descarta el tratamiento endovascular para no comprometer la perfusión renal izquierda. Se valoran conjuntamente con Urología las posibilidades terapéuticas, optándose por la reparación abierta con autotrasplante renal izquierdo.

Metodología: Intervención conjunta entre Cirugía Vascular y Urología. Abordaje retroperitoneal izquierdo y clampaje suprarrenal. Resección del aneurisma de aorta yuxtarenal y de ilíaca primitiva derecha y sustitución con injerto de Dacron 20-10 mm bifurcado a bifurcación ilíaca bilateral. Extracción del riñón izquierdo tras el clampaje aórtico y cirugía de banco para preparar los vasos para su anastomosis. Posteriormente, autotrasplante en fosa ilíaca izquierda con anastomosis termino-lateral de las 3 arterias renales sobre la rama izquierda del bifurcado, vena renal a vena ilíaca externa izquierda y anastomosis uretral extravesical según técnica de Lich-Gregoire.

Resultados: Posoperatorio inmediato cursa sin complicaciones. Pulsos distales en ambos miembros inferiores. Deterioro inicial del filtrado glomerular con mejoría progresiva de 18 ml/min a 44 ml/min al alta. Ecografía renal con riñón izquierdo de morfología y tamaño normal, índice de resistencia (IR) de la arteria en el hilio de 0.77 y 0.6 intraparenquimatoso. Renograma con ligero-moderado daño parenquimatoso. Último control 3 meses posterior a la intervención, filtrado glomerular estable de 38ml/min y una ecografía vascular renal

que informa de auto-injerto renal con parámetros morfológicos y vasculares dentro de la normalidad.

Conclusiones: El manejo multidisciplinar en casos de aneurismas complejos, en este caso el autotrasplante renal, permite ofrecer alternativas de tratamiento válida e individualizadas con buenos resultados.

PA 219. REPARACIÓN EX VIVO DE ANEURISMAS COMPLEJOS DE ARTERIAS RENALES

Carlos Andrés Paz Pérez, Patricia Susana Ramírez González, Roxana Elena Goran, Amaia Echaide Artieda, José Miguel Zaragoza García, Francisco Julián Gómez Palones

Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia

Objetivos: Presentar un caso clínico de una paciente monorrena funcional diagnosticada de aneurismas en arterias renales segmentarias en su único riñón funcionante, a la que se intervino mediante tres tiempos en un mismo procedimiento quirúrgico.

Material: Mujer de 47 años, hipertensa y monorrena funcional, con hidronefrosis grado IV en el riñón derecho y ausencia de parénquima secundaria a una estenosis de la unión pieloureteral. Sin otros antecedentes de interés. El diagnóstico se realizó a partir de un hallazgo casual en eco-Doppler, solicitando por molestias abdominales inespecíficas, evidenciando dos aneurismas en arterias renales segmentarias del riñón izquierdo. Se completó el estudio mediante angio-TC, donde se identificaron dos aneurismas de 27,6 mm y 13,6 mm, localizados en la arteria segmentaria superior y anterosuperior, respectivamente.

Metodología: Se decide tratamiento mediante cirugía abierta, dada la configuración de los aneurismas, su localización y la imposibilidad de tratamiento endovascular de los mismos. El procedimiento se lleva a cabo en una sola intervención que consta de tres fases:

1. Nefrectomía laparoscópica del riñón izquierdo, realizada por el equipo de urología.
2. Reparación *ex vivo* de los aneurismas renales. Tras perfundir el riñón con solución de Wisconsin por la arteria renal, se resecaron ambos aneurismas reconstruyendo la zona del aneurisma renal de mayor tamaño mediante anastomosis término-terminal y la del aneurisma menor con anastomosis de la arteria segmentaria a la rama principal mediante sutura término-lateral.
3. Reimplante del riñón en la fosa ilíaca derecha con anastomosis término-lateral de la arteria renal principal en la arteria ilíaca externa y de la vena renal a la vena ilíaca externa.

Resultados: Posoperatorio sin incidencias, con función renal conservada. Se practicó eco-Doppler de control posoperatorio objetivando correcta vascularización del riñón. La paciente fue dada de alta a los 14 días. A los 3 meses de seguimiento, la paciente está asintomática, con creatinina de 0,77 mg/dl y con permeabilidad del procedimiento objetivado por eco-Doppler.

Conclusiones: La combinación de nefrectomía laparoscópica, reparación *ex vivo* y autotrasplante renal constituye una opción efectiva en pacientes con aneurismas de arteria renal complejos donde el tratamiento endovascular no es una alternativa posible.

PA 141. LA MEDIOLISIS ARTERIAL SEGMENTARIA, LA IMPORTANCIA DE SABER CUÁNDO NO OPERAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

Amira Aguado Pereda, Amaia Arroniz Ruiz de Larrea, Selma Suárez González, Yaiza Villagrasa Salagre, Andoni González Fernández, Reyes Vega Manrique

Hospital Universitario Basurto. Bilbao

Objetivos: La mediolisis arterial segmentaria (MAS) es una arteriopatía infrecuente, no aterosclerótica, no hereditaria ni inflamatoria, de origen

desconocido, que debe sospecharse en pacientes de mediana edad con aneurismas y/o disecciones localizadas en arterias de mediano calibre. Su diagnóstico de confirmación se basa en los resultados de anatomía patológica, objetivándose destrucción de la capa media arterial. El objetivo de nuestro estudio es enfatizar, a través de un caso clínico, la importancia de su sospecha diagnóstica y de no precipitarse en plantear un tratamiento quirúrgico.

Material: Mujer de 63 años que consulta por un cuadro de epigastralgia posprandial de 6 meses de evolución con dislipemia como único antecedente de interés. Cuenta con una exploración física anodina.

Metodología: Durante el ingreso se realizó un angio-TC que objetivó una afectación difusa del tronco celíaco con patrón alternante de estenosis y dilatación e imagen sugestiva de disección. Posteriormente se completó estudio con pruebas de laboratorio (autoinmunidad, complemento y reactantes de fase aguda) y eco-Doppler de arteria temporal, descartándose una vasculitis sistémica.

Resultados: Tras la exclusión de otras entidades, y revisando la evidencia científica disponible hasta el momento, la principal sospecha fue de MAS, en la que se describen dos fases principales: una lesiva inicial y reparativa posterior. En nuestro caso, los hallazgos del angio-TC fueron compatibles con los primeros estadios de la enfermedad, por lo que se decide manejo conservador con seguimiento radiológico como describe la bibliografía. En el control del tercer mes la paciente refiere mejoría clínica significativa y en el angio-TC se objetiva progresión a la siguiente fase con aparición de nuevas estenosis en la arteria hepática común.

Conclusiones: La MAS es una entidad rara que debería ser considerada en el diagnóstico diferencial de otras patologías abdominales agudas. Su fisiopatología continúa siendo desconocida debido a la escasez de casos que incluyan resultados de anatomía patológica, siendo de vital importancia

el conocimiento de sus fases para optar por la mejor actitud terapéutica. A día de hoy no existe un tratamiento consensado, por lo que se recomienda actitud expectante, reservando la intervención quirúrgica para los casos más graves o con sintomatología refractaria.

PA 227. PRÓTESIS DE PERICARDIO BOVINO BIFURCADO PARA EL TRATAMIENTO DE INFECCIÓN AÓRTICA NATIVA O PROTÉSICA. A PROPÓSITO DE 3 CASOS

Simón Acosta López, Pablo Rodríguez González, Irene María López Arquillo, Javier Fernández Lorenzo, Jorge Vidal Rey, José Manuel Encisa de Sa
Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo

Objetivos: Presentar nuestra experiencia con la prótesis de pericardio bovino bifurcado (PPB) en cirugía abierta de aorta abdominal para el tratamiento de infección aórtica nativa o protésica.

Material: Se revisan 3 casos tratados mediante *bypass* con prótesis de PPB:

- *Caso clínico 1:* varón de 71 años con hallazgo en angiotomografía computarizada (aTC) de aneurisma de aorta abdominal infrarrenal (AAA) micótico. Se realizó resección de AAA y *bypass* con prótesis de PPB con cultivo positivo para *Salmonella* entérica.
- *Caso clínico 2:* varón de 72 años con *bypass* aorto biilíaco por AAA roto hace 10 años con hallazgo en aTC de control de crecimiento de saco aneurismático y masa adyacente a la pared lateral del saco aneurismático. En tomografía por emisión de positrones (Pet-TC): depósitos hipercaptantes en extremo proximal de *bypass*, en el interior de la masa de densidad de partes blandas adyacente a la pared del saco aneurismático, y en prótesis biilíaca. Drenaje percutáneo con crecimiento de *Bartonella Henselae*. Se realizó explante de *bypass* protésico y *bypass* con PPB.
- *Caso clínico 3:* varón 81 años con AAA excluido mediante EVAR + IBE bilateral hace 2 años y en-

dofuga tipo II estable. Ingreso en UCI por sepsis y anemia. En aTC: burbujas de gas en saco aneurismático, presencia de colecciones periaórticas y sospecha de fístula aorto entérica (FAE). Se realizó explante de EVAR e IBE bilateral y *bypass* aortobifemoral con PPB más cierre de duodeno confirmándose FAE. Cultivo protésico: *S. aureus* y *E. faecalis*.

Metodología: Presentación de tres casos clínicos y revisión bibliográfica.

Resultados: Todos los pacientes presentaron buena evolución clínica. Alta hospitalaria a los 20,66 días de media sin complicaciones mayores ni datos de infección del injerto a los 5,57 meses de media de seguimiento.

Conclusiones: Los aneurismas aórticos micóticos, así como las infecciones protésicas vasculares son poco frecuentes, pero potencialmente mortales. El tratamiento quirúrgico continúa considerándose el *gold standard*, contando con las PPB como alternativa a la cirugía extra anatómica o injertos *in situ* presentando buenas tasas de reinfección y de permeabilidad, aunque son necesarios más estudios para confirmar los resultados.

PA 36. EL BYPASS TORACOBIFEMORAL COMO ALTERNATIVA EN LA ENFERMEDAD AORTOILÍACA YUXTARRENAL

Inés Torres Nieto, Irene Vázquez Berges, Beatriz García Nieto, Noemí Hidalgo Irazo, Jorge Álvarez Gómez, Margarita Baquer Miravete
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

Objetivos: Describir nuestra experiencia quirúrgica en el *bypass* toracobifemoral.

Material: Tres pacientes varones, fumadores y con factores de riesgo cardiovascular, seguidos en consulta por claudicación incapacitante glútea y gemelar bilateral. Finalmente, en todos los casos se toma la decisión quirúrgica ya que

a pesar del tratamiento médico intensivo los pacientes progresan a una isquemia crónica grado III. *Paciente A:* 58 años, con parestesias en reposo en miembro inferior derecho de 1 mes de evolución. *Paciente B:* 72 años, presenta dolor en reposo en miembros inferiores de 20 días de evolución. *Paciente C:* 66 años, isquemia reagudizada con dolor en reposo en miembro inferior derecho de 12 días de evolución. Los 3 casos presentaban ausencia de pulsos a todos los niveles, índices tobillo/brazo bilaterales < 0.30 y curvas de obstrucción iliofemoral bilateral en el Doppler. En el angio-TC todos los pacientes presentaban oclusión aortoílica con extenso trombo mural desde arterias renales hasta femorales comunes con permeabilidad distal y abundante colateralidad a nivel abdominal. En todos los casos se decidió realizar un *bypass* toracobifemoral con injerto de Dacron 18x9 mm mediante toracotomía izquierda en 8º espacio intercostal, abordaje retroperitoneal izquierdo e inguinal bilateral, con clampaje lateral aórtico para preservación de la circulación colateral.

Metodología: Revisión de archivos clínicos, de laboratorio, fotográficos y radiológicos de los pacientes, retrospectivamente.

Resultados: Tras la cirugía todos los pacientes recuperaron pulsos y solo uno de ellos sufrió complicaciones en el posoperatorio inmediato, presentando un síndrome de *distress* respiratorio agudo (SDRA) en la UCI. Al alta, los tres pacientes se han seguido en consultas sin presentar claudicación intermitente y con pulsos distales a los 6 meses, 4 años y 8 años, respectivamente.

Conclusiones: En pacientes con obstrucciones aorto-iliacas complejas donde la terapia endovascular y el *bypass* aortobifemoral no son una opción, el *bypass* anatómico toracobifemoral es una alternativa eficaz con mayor permeabilidad y menor tasa de infección frente al *bypass* extraanatómico axilo-bifemoral en pacientes con escasa comorbilidad. Las pruebas funcionales y la optimización del paciente previa a la cirugía es fundamental en estos casos.

PA 61. FÍSTULA ARTERIOVENOSA IATROGÉNICA ANEXIAL COMO CAUSA DE SÍNDROME DOLOROSO PÉLVICO

Irene Peinado Zanón, Manuel Ignacio Sánchez Nevárez, José Carlos Roselló Paredes, María Álamo Rodríguez, Sara Dolores Hernández López, Manuel Miralles Hernández
Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia

Objetivos: Presentar un caso de paciente con fístula arteriovenosa (FAV) iatrogénica anexial que debutó como síndrome doloroso pélvico (SDP) con diagnóstico de varices pélvicas según la flebotomografía (FTC).

Material: Mujer de 54 años, Ehlers Danlos tipo III intervenida de cesárea por laparotomía media en 3 ocasiones, la última en 1995.

Metodología: Durante el estudio de SDP en cuadrante inferior izquierdo se realiza eco trasvaginal y posteriormente FTC donde se objetivan dilataciones venosas anexiales izquierdas de gran tamaño y dilatación de ovárica derecha orientada como reflujo ovárico derecho. A la palpación llama la atención masa pulsátil y soplo. En la ecografía abdominal se confirma FAV anexial izquierda con aneurismas venosos pélvicos. Se realiza arteriografía donde se confirma FAV de división anterior de arteria hipogástrica izquierda, con aneurismas venosos secundarios, y drenaje anterógrado en vena gonadal derecha. En un segundo tiempo se realiza el tratamiento a través de punción inguinal derecha. Debido a su alto flujo se prefirió realizar la embolización con un balón de oclusión en la rama de la hipogástrica afectada.

Resultados: Se consiguió controlar el flujo y evitar la migración central del agente de embolización líquido, consiguiendo la oclusión completa de la FAV. Permaneció ingresada un día, sin presentar ninguna complicación. Actualmente han pasado 7 meses desde la intervención, la paciente permanece asintomática y se corrobora en ecografía de control y en angiorresonancia ausencia de FAV.

Conclusiones: El diagnóstico de una FAV como causa de SDP es inusual. En este caso, gracias a la exploración física, los antecedentes de Ehlers Danlos y cesáreas repetidas, sospechamos una FAV de origen iatrogénico a pesar del informe radiológico y ginecológico. Casos como este resaltan la importancia del manejo de esta patología por parte de cirujanos vasculares.

PA 104. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ENDOFUGA DE ALTO FLUJO ASOCIADA A FÍSTULA AORTOCAVA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Marta González Fernandes, Rodrigo Fernández González, José Raúl García Casas, David Alejandro Vargas Larriva
Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. Pontevedra

Objetivos: Se presenta el caso de un varón de 75 años, hipertenso, dislipémico, con fibrilación auricular y diversas intervenciones quirúrgicas por cáncer de colon. Por enfermedad polianeurismática se realiza sustitución de aorta ascendente por tubo de dacron y BEVAR con 4 ramas aortounoiliaco y *bypass* cruzado femoral. Debido a endofuga tipo Ib se realiza extensión a arteria ilíaca externa e interna derechas según la técnica "ojo de tigre" y posteriormente, por persistencia de dicha endofuga, *banding* de ambas arterias ilíacas derechas.

Material: Ingresa en cardiología por insuficiencia cardíaca congestiva, con edema en miembros inferiores, aumento de perímetro abdominal y deterioro de función renal. Se realiza TAC donde se evidencia endofuga de alto flujo con crecimiento significativo de saco aneurismático y fístula aortocava.

Metodología: Se realiza de manera programada arteriografía donde se confirma endofuga tipo IIIb por fractura a nivel de *stent* de arteria mesentérica superior, implantándose 2 *stents* recubiertos a ese nivel. Se comprueba ausencia de endofuga y de fístula en arteriografía final.

Resultados: En TAC de control a las 24 horas se evidencia resolución de la endofuga y de la fístula. Tras 6 meses, el paciente se encuentra asintomático y en TAC de control presenta ausencia de endofugas y reducción de diámetro de saco aneurismático.

Conclusiones: Las endofugas tipo III son secundarias a rotura, defectos de la endoprótesis o por fallo de sellado entre los componentes. Se deben reparar de manera precoz debido al alto riesgo de ruptura del saco aneurismático. Las fístulas aortocava son fístulas de alto flujo que pueden provocar complicaciones congestivas cardíacas y pulmonares. En la literatura se opta por tratamiento conservador ante la ausencia de síntomas y tratamiento quirúrgico ante una fístula sintomática. En nuestro caso, al tratarse de una endofuga de alto flujo (tipo III) asociada a fístula arteriovenosa sintomática estaba indicado su tratamiento.

PA 32. IMPORTANCIA DE LA GEOMETRÍA EN LA CIRUGÍA ENDOVASCULAR ACTUAL

Roger Frigola Castro, Sebastián Fernández Alonso, Leopoldo Fernández Alonso, Irantzu Unzaga Rubio, Esther Martínez Aguilar
Hospital Universitario de Navarra. Pamplona

Objetivos: Presentar un caso de pseudoaneurisma de arteria mesentérica superior (AMS) con sangrado activo posoperatorio tras reparación endovascular de aneurisma toraco-abdominal mediante endoprótesis *custom made* (CM) con rama anterógrada externa y dos fenestraciones renales.

Material: Paciente varón de 64 años tratado mediante endoprótesis CM con rama anterógrada a AMS (con salida de arteria hepática directamente desde la misma), dos fenestraciones renales, bifurcado infrarrenal y *branch* ilíaco bilateral. Dos meses después de la cirugía, el paciente acude a urgencias por dolor abdominal, constatándose sangrado por zona de anclaje distal de prótesis Viabahn VBX® de rama de AMS. Dicho VBX® fue sobredimensionado con un balón de 14 mm dado que la AMS proximal era de gran tamaño.

Metodología: El sangrado por AMS se produce a un centímetro de la salida de la arteria hepática, lo que complica el tratamiento endovascular mediante extensión distal. Realizamos abordaje desde brazo derecho y, retrógrado, mediante punción femoral derecha e introductor deflectable.

Resultados: Desde el brazo se introduce Viabahn® autoexpandible de 13x50 extendiendo el VBX® previo un cm hasta origen de arteria hepática. Proximalmente, nuevo VBX® 8Lx59 hasta rama externa del dispositivo CM, sobredimensionando la zona de solapamiento con Viabahn® con balón de 14 mm. Para extender el anclaje distal canalizamos desde brazo la AMS distal y desde abordaje femoral retrógrado la hepática. Mediante el cálculo de área del Viabahn® de 13 mm ($\pi \times r^2 = 132.73 \text{ mm}^2$) implantamos Viabahn® de 10x50 a AMS ($\pi \times r^2 = 78.53 \text{ mm}^2$ de área total) y de 9x50 a hepática ($\pi \times r^2 = 63.62 \text{ mm}^2$) por dentro del viabahn® de 13 mm previo ocupando así todo el espacio interior y evitando la fuga distal (área total de ambos Viabahn® = 142.15 mm^2). En CBCT intraoperatorio objetivamos buena disposición de ambos dispositivos con mínimos "gutters". No objetivamos sangrado en CT de control posterior.

Conclusiones: En la cirugía endovascular moderna la complejidad de los procedimientos exige cada vez más, el dominio de destrezas que hasta hace unos años quedaban fuera del campo de trabajo del cirujano vascular. El desarrollo de nuevos materiales nos obliga al conocimiento del comportamiento de los mismos para conseguir resultados duraderos.

PA 70. ROTURA CONTENIDA DE AORTA TORÁCICA POSDISECCIÓN TRATADA MEDIANTE SEPTOTOMÍA ELECTROQUIRÚRGICA TRANSCATÉTER Y ENDOPRÓTESIS OFF THE SHELF

Claudia Aramendi Arietaaraunabeña¹, Manuel Hernando Rydings², Ricardo Asensio García¹, Esther Bravo Ruiz¹, Iñaki Cernuda Artero¹, Reyes Vega Manrique¹
¹Hospital Universitario Basurto. Bilbao. ²Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Objetivos: La disección aórtica crónica frecuentemente degenera en una dilatación aneurismática en consecuencia de la dilatación de la luz falsa que puede comprimir la luz verdadera impidiendo el uso de endoprótesis *off the shelf* en caso de complicaciones aórticas que requieran un tratamiento urgente.

Material: Presentamos el caso de una paciente de 60 años con un aneurisma de aorta secundario a una disección crónica, con antecedente de recambio completo del arco aórtico mediante técnica *frozen elephant*, que acude a urgencias por dolor torácico e hipotensión con diagnóstico de rotura de aorta torácica mediante angio-TAC. De forma urgente se implanta una endoprótesis torácica (Cook Alpha 38-32 + 36-32) sellando la zona de rotura en zona 4. Sin embargo, en el posoperatorio inmediato la paciente se encuentra inestable hemodinámicamente objetivando aumento del hemotórax a través del relleno retrogrado de la luz falsa y colapso de la luz verdadera sin espacio para una endoprótesis *off the shelf*.

Metodología: Dada la situación clínica no se considera candidata a cirugía abierta por lo que se decide crear espacio en la luz verdadera mediante una septotomía electroquirúrgica transcatéter para implantar una endoprótesis ramificada (*T-branch cook medical*) con rama ilíaca (ZBIS Cook Medical) en el lado derecho y con embolización de la luz falsa a nivel de la arteria ilíaca externa izquierda.

Resultados: Se completa la cirugía sin complicaciones en el posoperatorio inmediato y con favorable evolución de la paciente, que presenta una endofuga tipo II en el angio-TAC de control.

Conclusiones: La septotomía transcatéter puede ser una herramienta útil en casos de disecciones con anatomía hostil para aumentar la aplicabilidad de las endoprótesis *off the shelf* en situaciones clínicas urgentes.

PA 128. REPARACIÓN DE ANEURISMA DE AORTA ROTO EN UN PACIENTE CON DISPOSITIVO DE ASISTENCIAS VENTRICULARES DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO

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

Objetivos: El dispositivo de asistencias ventriculares del ventrículo izquierdo (LVAD) es el tratamiento estándar para insuficiencia cardíaca avanzada refractaria, utilizado previo al trasplante o terapia destino, aumentando la supervivencia de estos pacientes. Se ha sugerido que posiblemente el LVAD aumenta la tasa de expansión y ruptura de los aneurismas de aorta. Nuestro objetivo es desarrollar un caso clínico de un paciente portador de LVAD que presenta un aneurisma de aorta roto, que precisó de reparación abierta.

Material: Paciente masculino de 65 años con factores de riesgo cardiovascular. Padecía cardiopatía isquémica con disfunción ventricular severa, debutando en 2005 con IAM inferoposterior. Pasó por múltiples intervenciones, incluyendo *stenting* de CD, doble *bypass*, angioplastia, DAI y Mitraclip por insuficiencia mitral masiva. En 2021 se implantó un LVAD como terapia de destino. Además, presentaba aneurisma de aorta abdominal con afectación de troncos viscerales e ilíacas calcificadas. Debido a la anatomía compleja y comorbilidades, fue desestimado para cirugía endovascular o abierta. Tras 10 meses con LVAD y mejoría funcional superlativa se optó por tratamiento por medio de una endoprótesis fenestrada customizada, dado que la anatomía del aneurisma era desfavorable. Durante la fabricación de la prótesis, sufrió la rotura del aneurisma, requiriendo cirugía emergente, por medio de reparación abierta, tras ser reanimado y trasladado al hospital.

Metodología: Se realizó resección del aneurisma abdominal y reconstrucción "in situ" con injerto recto de Dacron de 30 mm desde la aorta infrarrenal a la bifurcación aórtica. La sutura se hizo sobre un cuello aneurismático. Se utilizó sutura continua término-terminal con polipropileno. Preciso de trombectomía transfemoral derecha efectiva. Finalmente, se cerró el saco aneurismático y se realizó el cierre abdominal por planos.

Resultados: El paciente fue extubado a las 48 horas. Presentó eventración y trombosis mural intraprétesis. Su evolución clínica y funcional ha sido favorable a los 24 meses.

Conclusiones: La trombosis intraprétesis parece haber sido causada por la suspensión de la anticoagulación y el flujo laminar del LVAD. Este caso parece ser el primero documentado de reparación abierta de aneurisma abdominal en un paciente con LVAD. En situaciones similares, la reparación abierta podría considerarse.

PA 205. LEIOMIOMATOSIS INTRAVASCULAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

Lia Postius Echeverri, Alejandro Galindo Medina, Agustín Medina Falcón, Cristina Roque Castellano, Ferrán Plá Sánchez, Efrén Martel Almeida, Guido Volo Pérez
Hospital Universitario Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria

Objetivos: Los leiomiomas son las neoplasias uterinas más comunes, con una prevalencia del 20-30 % en mujeres mayores de 30 años. Son tumores benignos hormono-dependientes, con alta tasa de recurrencia y capacidad de invasión, considerándose agresivos. Pueden invadir el sistema vascular a partir de las venas uterinas, extendiéndose hasta las cavidades cardíacas y alterando la función valvular.

Material: Mujer de 57 años con disnea, astenia y edemas en miembros inferiores (MMII). El ecocardiograma reveló una masa en la aurícula derecha que causaba insuficiencia tricúspide severa.

Metodología: Posteriormente, un TAC mostró un leiomioma uterino con invasión de la vena cava inferior (VCI) y extensión intracardiaca y la ocupación de la vena gonadal derecha por una masa heterogénea e hipercaptante, extendiéndose desde la VCI hasta el nivel de las venas renales.

Resultados: En un primer tiempo, se extrajo la masa intracardiaca que protruía al ventrículo derecho (VD)

y VCI mediante tracción y revisión de la válvula tricúspide que presentaba importante deformación, evidenciando un leiomioma intravascular en el estudio histopatológico. Respecto a la masa intraabdominal, se realizó en un segundo tiempo 5 meses después de la primera intervención, histerectomía, doble anexectomía y apendicectomía, pudiendo resecarse la masa intracava con preservación de la vena cava, que se reparó mediante sutura directa de la venotomía. Se realiza ecografía intraoperatoria en la que se confirma ausencia de tumor intravascular. Presentó una buena evolución posoperatoria, con resolución completa del edema en ambos MMII. Fue dada de alta 2 meses y medio tras la cirugía. En el TAC de control no existía enfermedad residual.

Conclusiones: La leiomiomatosis intravascular puede presentarse de manera inespecífica, desde edemas en MMII, arritmias y disnea por insuficiencia cardíaca, en función de su localización, lo que puede retrasar su diagnóstico. En casos extremos puede presentarse como muerte súbita. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica completa tumoral y del leiomioma uterino asociado. Dado que estos tumores son hormono-dependientes, se recomienda la histerectomía y doble anexectomía para reducir el riesgo de recurrencia. En casos donde la cirugía no es factible o completa, se emplean fármacos que reducen los niveles de estrógeno, para controlar el crecimiento tumoral.

PA 220. NUEVAS DROGAS INTRAVENOSAS: MEFEDRONA

Nerea Mayo Lana, Ciro Baeza Bermejillo, Jennifer Díaz Cruz, Alejandro González García, Cesar Aparicio Martínez, Ana Begoña Arribas Díaz
Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid

Objetivos: Recientemente, el uso de drogas como la mefedrona (similar a las anfetaminas) se encuentra en aumento. Esto conlleva una serie de complicaciones vasculares presentes en nuestros hospitales. En esta serie de casos se recopilan las complicaciones vasculares derivadas de esta práctica en nuestro centro.

Material: Se presenta una serie de casos de complicaciones vasculares tras la inyección de mefedrona intravenosa en nuestro centro de agosto 2022-agosto 2024. Se incluyeron el motivo y tipo de cirugía, la permeabilidad, las complicaciones y la mortalidad a 30 días.

Metodología: Se recogieron los datos de 4 pacientes que presentaron complicaciones vasculares tras la inyección intraarterial de mefedrona. Todas las complicaciones vasculares fueron en miembros superiores y las cirugías se llevaron a cabo de manera urgente.

Resultados: Se recogieron un total de 4 pacientes, todos varones con una edad media de 52 años. Un caso presentó lesiones necróticas palmares y no requirió cirugía, manejándose con anticoagulación, antiagregación y curas. Otro paciente debutó con una isquemia aguda de miembro superior, optándose por una embolectomía transbraquial asociada al cierre de la arteria con un parche de pericardio bovino. Otro de los pacientes ingresó con abscesos en el brazo y se diagnosticó de trombosis braquial tras la realización de un TAC. Se llevo a cabo una trombectomía braquial fallida, produciéndose la rotura de la arteria y la necesidad de un *bypass* áxilo-braquial con vena safena. El último paciente requirió la intervención de ambos miembros superiores. En una ocasión por un pseudoaneurisma braquial sangrante en el que se optó por resección del mismo y anastomosis termino-terminal de la arteria y en otra ocasión por isquemia aguda miembro superior, realizándose de un *bypass* braquio-braquial con vena cefálica. Ningún paciente presentó complicaciones en las heridas quirúrgicas a 30 días, sin embargo uno de ellos requirió de la amputación de la mano. No hubo casos de mortalidad a 30 días. La permeabilidad de todas las cirugías es del 100 % con una mediana de seguimiento de 4 meses.

Conclusiones: La inyección intraarterial de mefedrona implica una serie de complicaciones vasculares que ponen en riesgo la viabilidad de una extremidad e incluso pueden llegar a comprometer la vida.

PA 231. RESULTADOS TEMPRANOS Y DEL SEGUIMIENTO A 12 MESES DE LA REPARACIÓN DE ANEURISMAS DE AORTA ABDOMINAL CON LA ENDOPRÓTESIS MINOS®

Elisa Millán Chica, Ángel Flores Herrero, María Pilar Lamarca Mendoza
Hospital Universitario de Toledo. Toledo

Objetivos: El objetivo de este estudio es evaluar los resultados tempranos y a 12 meses de la implantación de la endoprótesis MINOS® en nuestro centro en el tratamiento endovascular (EVAR) de los aneurismas de aorta abdominal (AAA).

Material: Se ha realizado un estudio retrospectivo incluyendo pacientes tratados de forma electiva y urgente desde febrero de 2022 hasta octubre de 2023.

Metodología: Se incluyen datos demográficos y comorbilidades de los pacientes enrolados, información anatómica de los aneurismas tratados, datos técnicos de los procedimientos, complicaciones intrahospitalarias y a 12 meses.

Resultados: Se intervinieron 25 pacientes con una edad media de $73,76 \pm 8,70$, un 16 % de mujeres y 84 % de varones. De estos, 17 (68 %) pacientes se intervienen de forma electiva y 8 (32 %) de forma urgente al tratarse de AAA sintomáticos. La endoprótesis MINOS® se implanta satisfactoriamente en todos los pacientes alcanzando un éxito técnico del 100 %. Los aneurismas presentaban un diámetro máximo medio de $58,68 \text{ mm} \pm 17,95$ y el diámetro de endoprótesis más utilizado fue el de 26 mm. En el 100 % de los casos se usaron 2 accesos percutáneos femorales. La supervivencia intrahospitalaria es del 96 %. Un paciente sufre un infarto de miocardio y tres pacientes presentan fracaso renal agudo por lo que un 16 % sufre un evento adverso mayor. Ningún paciente sufre de ictus ni daño medular. En el seguimiento a 12 meses un paciente fallece por causas no relacionadas con la intervención. Tres pacientes (12 %) presenta datos de *endoleak* tipo II y un paciente (4 %) *endoleak* tipo 1b, representando este el único caso de rein-

tervención. La permeabilidad de los *stents* es del 100 % sin observarse en ningún caso migración o rotura de estos. En el 96 % se observa una disminución media del saco aneurismático de 7,7 mm.

Conclusiones: Nuestro estudio sugiere que la endoprótesis MINOS® ofrece una solución segura y efectiva para el tratamiento de AAA. Se requiere de estudios prospectivos con mayor tamaño de muestra y seguimiento a largo plazo para revalidar estos resultados.

PA 115. ESTRATEGIAS QUIRÚRGICAS EN EL MANEJO DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EXTENSA: UN ENFOQUE MÁS ALLÁ DE LA ANTICOAGULACIÓN

Sergio Asensio Rodríguez, Noelia Cenizo Revuelta, José Miguel Martín Pedrosa, Sandra Pérez Fernández, Clara de la Torre Casaseca, María Lourdes del Río Sola
Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid

Objetivos: Aunque el tratamiento conservador es la primera línea en la trombosis venosa profunda (TVP), en casos de trombosis extensa y síntomas persistentes, pueden requerirse intervenciones invasivas para prevenir secuelas, especialmente en pacientes jóvenes. En este trabajo, presentamos un caso clínico en el que se abordó el tratamiento de la TVP mediante una estrategia combinada de anticoagulación y abordaje quirúrgico vascular.

Material: Paciente de 21 años con antecedentes de TVP en la extremidad inferior derecha en dos ocasiones previas, tratadas con heparina de bajo peso molecular (HBPM) y medias de compresión. La paciente presentó, de nuevo, una TVP extensa en la extremidad inferior izquierda, acompañada de un edema significativo y mal control del dolor. Se realizó fibrinólisis y tromboaspiración del eje iliofemoral, seguida de la colocación de un *stent* venoso autoexpandible junto con la creación de una fístula arteriovenosa (FAV) mediante un injerto anillado, conectando la arteria femoral común con la confluencia de la vena safena interna sobre

la vena femoral común, ampliada con un parche de pericardio bovino. Tras el procedimiento, se observó una mejoría clínica significativa.

Metodología: A los seis meses, presentó empeoramiento del edema asociado a dolor pélvico que le impide la deambulación. En el angio-TC se evidenció estenosis preoclusiva de la salida *stent* que se extiende en la cava inferior prácticamente hasta el nivel de las venas renales. Se realizó un *bypass* venoso izquierdo utilizando una prótesis anillada desde la vena ilíaca proximal a la confluencia de vena ovárica con la renal izquierda salvando el trayecto estenosado, de nuevo resultó en una mejoría clínica notable.

Resultados: A los 3 meses, se procedió al cierre de la fístula arteriovenosa mediante la colocación de un Amplatzer y un micro vascular Plug. La paciente continúa bajo tratamiento anticoagulante domiciliario con antagonistas de la vitamina K y media de compresión.

Conclusiones: En casos de TVP extensa y resistente a tratamiento conservador puede ser necesario aplicar tratamientos más agresivos, en los que el tratamiento endovascular es la primera opción, pero sin dejar de lado estrategias híbridas o quirúrgicas en casos complejos, para lograr el menor impacto en la calidad de vida sobre todo en pacientes jóvenes.

PA 47. RESULTADOS DEL USO DE ALOINJERTOS CRIOPRESERVADOS EN CIRUGÍA VASCULAR: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Sandra Pérez Fernández, Noelia M.^a Cenizo Revuelta, Sergio Asensio Rodríguez, Clara de la Torre Casaseca, M.^a Lourdes del Río Solá
Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid

Objetivos: Los aloinjertos arteriales criopreservados representan una opción terapéutica en pacientes con infección protésica, donde los injertos sintéticos presentan limitaciones. Sin embargo, la evidencia sobre su desempeño a medio y largo plazo sigue siendo limitada. El objetivo fue analizar

los resultados a corto y medio plazo en términos de permeabilidad, recurrencia de infección y complicaciones posoperatorias.

Material: Estudio retrospectivo descriptivo que incluyó pacientes tratados con aloinjertos criopreservados en nuestro centro en los últimos tres años.

Metodología: Se analizaron características basales, complicaciones posoperatorias y evolución clínica. El seguimiento medio fue de 18 meses, evaluándose la necesidad de reintervención y la funcionalidad del injerto.

Resultados: Se trataron 12 pacientes (83 % varones), todos con infección de injerto previo. Se realizaron cinco procedimientos aórticos y siete periféricos, con parches de pericardio en dos casos. Hubo dos fallecimientos en el grupo aórtico en el posoperatorio inmediato (< 30 días), uno por infección intraabdominal y otro por complicación cardiorrespiratoria. En los injertos periféricos, solo se registró una dehiscencia sin necesidad de reintervención. Durante el seguimiento, se detectaron una trombosis de rama con claudicación leve y una reinfección en el grupo aórtico. En los injertos periféricos, hubo tres trombosis sin requerir cirugía y una reinfección. No se observaron degeneraciones ni roturas del injerto.

Conclusiones: Los aloinjertos criopreservados son una alternativa segura en infecciones vasculares protésicas, con baja tasa de reinfección y adecuada permeabilidad a corto plazo. La trombosis en injertos periféricos es frecuente a medio plazo, pero clínicamente manejable sin necesidad de reintervención en la mayoría de los casos.

PA 168. ANEURISMA MICÓTICO DE CARÓTIDA INTERNA CRIPTOGENICO

David Alejandro Vargas Larriva, Marta González Fernandes, Esther Castillo Mañas, Rodrigo Fernández González
Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. Pontevedra

Objetivos: Presentar un caso clínico de reparación de aneurisma carotídeo micótico criptogénico.

Material: Hombre de 74 años, ex fumador, hipertenso, dislipémico, acude a urgencias por masa cervical izquierda de 2 semanas de evolución, pulsátil, de crecimiento insidioso, acompañada de fiebre domiciliaria. Se realiza angio-TC de troncos supraaórticos urgente donde se evidencia imagen aneurismática que abarca arteria carótida interna (ACI) y arteria carótida común (ACC) izquierda.

Metodología: Mediante incisión supraclavicular se controla ACC proximal y mediante cervicotomía longitudinal se controla ACI a nivel inframandibular. Se identifica masa aneurismática de aproximadamente 4 centímetros de diámetro la cual se reseca en bloque, además de ligadura de arteria carótida externa izquierda y vena yugular interna izquierda. Posteriormente se realiza *bypass* termino terminal entre ACC y ACI izquierda con vena safena interna invertida.

Resultados: La intervención no tuvo incidencias. Se realizó cultivo del saco aneurismático donde se aisló *Staphylococcus aureus*, iniciando antibioterapia con cefazolina y levofloxacino. En TAC craneal durante ingreso hospitalario se evidenciaron hallazgos compatibles con émbolos sépticos, sin manifestación de clínica neurológica. En resto de exámenes complementarios no se evidenció foco infeccioso. Durante seguimiento el paciente se encuentra asintomático, sin focalidad neurológica, con *bypass* permeable valorado por eco-Doppler, además de no presentar complicaciones en angio-TAC de control.

Conclusiones: El aneurisma micótico de carótida criptogénico es una patología muy poco frecuente, siendo de elección el tratamiento quirúrgico mediante *bypass* con vena autóloga, acompañado de terapia antibiótica por 6 a 8 semanas con fármacos de amplio espectro.

PA 187. ENTREVISTAS COGNITIVAS PARA MEJORAR LA COMPRENSIÓN DE LOS CUESTIONARIOS DE CALIDAD DE VIDA SOBRE PATOLOGÍA ANEURISMÁTICA

Manuel Miralles Hernández, Adéla Kotátková, María Álamo Rodríguez, Sara Dolores Hernández López, Irene Peinado Zanón, Noelia Garzón Bergadá
Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia

Objetivos: Mejorar la comprensión de los participantes sobre las versiones en español del cuestionario de calidad de vida dependiente (DQoL) y el cuestionario de satisfacción con el tratamiento (TSQ) en relación con el aneurisma de aorta abdominal (AAA), con el fin de reducir los errores de respuesta en la traducción y adaptación al español de estos cuestionarios, gestionados por *Health Psychology Research* (HPR).

Material: Se reclutó aleatoriamente a 20 participantes de una base de datos de 450 pacientes con AAA.

Metodología: Primero, los participantes completaron en persona y bajo supervisión dos cuestionarios estandarizados: el AneurysmTSQ y el AneurysmDQoL en español. Posteriormente, a cada participante individualmente se le realizó una entrevista cognitiva. Durante este proceso, los investigadores registraron las interpretaciones de cada pregunta y respuesta en formularios diseñados específicamente por HPR. El proceso de recopilación de datos implicó analizar las dificultades encontradas para refinar los cuestionarios.

Resultados: En el AneurysmDQoL (25 ítems), al menos un participante encontró problemas de comprensión en 8 ítems (30 %). Para el AneurysmTSQ (12 ítems), al menos un participante tuvo problemas de comprensión en 9 ítems (75 %). Los problemas de comprensión se categorizaron en tres grupos: 1) falta de entendimiento de ciertos términos especializados (DQoL $n = 1/25$; TSQ $n = 8/12$); 2) mala interpretación de palabras/expresiones debido a falta de claridad o ambigüedad (DQoL $n = 5/25$; TSQ $n = 1/12$); y 3) percepción de los participantes de que la formulación de las preguntas era demasiado compleja (DQoL $n = 5/25$; TSQ $n = 0/12$). Los ítems problemáticos fueron revisados, y una segunda encuesta validó los cambios, lo que llevó a ajustes en 5/25 (20 %) de los ítems del AneurysmDQoL y en 7/12 (58,3 %) de los ítems del AneurysmTSQ según los comentarios de los pacientes.

Conclusiones: La revisión de los ítems, la aclaración y la inclusión de ejemplos, junto con las modificaciones sugeridas por los participantes, mejoraron la comprensión de los cuestionarios. Como resultado, se obtuvieron interpretaciones más precisas y respuestas más exactas, lo que mejoró la calidad general de los datos. Estos hallazgos respaldan la idea de que las entrevistas cognitivas son valiosas para identificar palabras/expresiones problemáticas en los cuestionarios, mejorando así la precisión de las medidas autoinformadas.

PA 42. DESASTRE TAVI: CUANDO LA CIRUGÍA ABIERTA DEMUESTRA SER IMPRESCINDIBLE EN LA ERA ENDOVASCULAR

Javier Jesús Pérez Ruiz, Marina Navarro Garre, Felipe Arribas Aguilar, Manuel Rodríguez Piñero
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

Objetivos: Caso clínico en el que ocurre complicación durante implante de dispositivo TAVI y que es necesario recurrir a la cirugía aortica abierta como tratamiento urgente.

Material: Publicación digital.

Metodología: Caso clínico complejo del sector aórtico.

Resultados: Paciente femenino de 55 años de edad con estenosis aórtica severa sobre válvula bicúspide degenerada. Tras estudios complementarios y discusión de caso en sesión médico quirúrgica se decide candidata a tratamiento por TAVI, habiendo sido desestimada para cirugía abierta por alto riesgo quirúrgico. Se inicia procedimiento de implante TAVI con accesos bifemorales, siendo el principal por el lado derecho. Se intenta en un primer momento la colocación de una válvula TAVI Accurate M pero no logra avanzar hasta la válvula aórtica por arco aórtico muy vertical y tronco braquiocefálico derecho de gran calibre por lo que dicha válvula es liberada en aorta distal. Se intenta implantar un segundo dispositivo TAVI de menor calibre, aun así

no logra ser implantado exitosamente en válvula y es liberada en aorta distal. En el posprocedimiento mediato paciente comienza a presentar clínica de náuseas, vómitos y dolor abdominal con parámetros analíticos sugestivos de isquemia mesentérica. Se realiza angio-TC en la que se observa que ambas válvulas se encuentran a nivel de los troncos mesentéricos condicionando oclusión tanto de tronco celiaco como de arteria mesentérica superior que se encuentra parcialmente permeable. Se decide intervención quirúrgica emergente mediante laparotomía media y extracción manual de los dispositivos TAVI, con reconstrucción posterior mediante *bypass* recto con prótesis Dacron 18 mm. Finalmente paciente desarrolla complicaciones infecciosas respiratorias e isquémicas a nivel mesentérico y se produce exitus tras 12 días posoperatorio de la extracción quirúrgica.

Conclusiones: Los tratamientos endovasculares han revolucionado la forma en la que se tratan las enfermedades vasculares ofreciendo innegables ventajas. Sin embargo no están exentas de complicaciones y contraindicaciones por lo que la cirugía abierta sigue siendo una herramienta fundamental en el arsenal terapéutico de todo cirujano vascular.

PA 82. TRATAMIENTO DE ESTENOSIS YUXTAANASTOMÓTICA EN FÍSTULA ARTERIOVENOSA MEDIANTE EJERCICIO ISOMÉTRICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

María de Celis Rodríguez, María Azucena Ayala Strub, Javier Carbayo López, José Manuel Ligeró Ramos, Jorge Erick del Valle, Beatriz Galán Banacloche
*Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
Madrid*

Objetivos: En las últimas décadas ha aumentado la edad de inicio de hemodiálisis, así como la de creación del acceso vascular. El ejercicio isométrico pre y posoperatorio ha demostrado disminuir el fallo de maduración y mejorar la supervivencia primaria del acceso vascular. Sin embargo, actualmente no existe evidencia sobre el papel del ejer-

cicio isométrico en el tratamiento conservador de las estenosis yuxtaanastomóticas en este subgrupo de pacientes.

Material: Varón de 86 años, hipertenso, dislipémico, ERCA en hemodiálisis a través de fístula arteriovenosa radiocefálica (FAV RC), miocardiopatía dilatada (FEVI 29 %), tumor renal derecho con actitud expectante por alto riesgo quirúrgico. Eco-Doppler: FAV RC con presencia de estenosis yuxtaanastomótica (a 1 cm de la anastomosis) y larga (2 cm) significativa, que reduce el diámetro de la vena de 4.5 mm a 2.3 mm, con aceleración significativa de VPS de 300 a 600 cm/seg. Flujo de acceso (Qa) de 650 ml/min (previo 900 ml/min). IR 0.65-0.69. Sin incidencias en diálisis.

Metodología: Estenosis yuxtaanastomótica significativa, pero sin criterios de intervención urgente según guías GEMAV. Dada la edad del paciente y la dificultad para plantear angioplastia por la localización de la estenosis, se decide comenzar con ejercicios isométricos mediante dispositivo "hand-grip" ajustado a fuerza muscular y seguimiento estrecho antes de programar un reimplante proximal. Tras 3 meses, se objetiva mejoría del diámetro de la estenosis venosa de 2.3 a 2.9 mm, con reducción de VPS (aceleración de 200-400 cm/seg), así como mejoría de Qa a 900 ml/min. IR 0.55-0.59.

Resultados: El paciente fue dado de alta ante estenosis estable, manteniendo los ejercicios isométricos. Presenta buen pulso radial, con soplo y *thrill*.

Conclusiones: El ejercicio isométrico podría ser una opción prometedora para pacientes con estenosis yuxtaanastomóticas, especialmente en pacientes ancianos con alto riesgo quirúrgico. A día de hoy el reimplante proximal junto con la angioplastia percutánea son las opciones de tratamiento más consolidadas y eficaces. Sin embargo, en nuestro paciente estos ejercicios lograron promover cierto grado de remodelado vascular corrigiendo la lesión estenosante. Por lo tanto, el caso presentado sugiere que el ejercicio isométrico podría ser una alternativa valiosa en estos grupos de alto riesgo, aunque se requieren de ensayos clínicos para confirmar estos hallazgos.

PA 118. PRESENTACIÓN INUSUAL DE ISQUEMIA CRÓNICA DE MIEMBROS SUPERIORES: ARTERITIS DE TAKAYASU

Ainhoa Figuérez Marcos, Krystell Daniela Escoto Theodoracopoulos, Agustín Mínguez Bautista, Carolina Vargas Gómez, Raúl Lara Hernández, Pascual Lozano Vilardell
Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca

Objetivos: Descripción de un caso clínico de arteritis de Takayasu.

Material: Revisión retrospectiva de datos clínicos, radiológicos y terapéuticos del paciente.

Metodología: Mujer de 69 años, diabética tipo II y dislipémica, que acude a Urgencias por intensa limitación funcional y dolor de reposo en miembro superior izquierdo de 4 meses de evolución. A la exploración física presenta ausencia de pulsos axilares, humerales y distales de manera bilateral con mano izquierda más fría que contralateral con eritrosis en declive. En la ecografía Doppler de miembro superior izquierdo se evidencian curvas monofásicas (VPS 10 cm/seg) a nivel distal y fotopletiografía plana en todos los dedos. Se realiza arteriografía selectiva donde se objetiva arteria subclavia y axilar filiformes, oclusión de humeral con recanalización a nivel distal por colaterales con radial y cubital permeables con flujo lento y filiforme. Se realiza PET-TC donde se objetiva hipercaptación difusa intensa en paredes arteriales de ambas arterias subclavias, aorta torácica, aorta abdominal y en ambas arterias femorales, sugestivo de vasculitis de grandes/medianos vasos. Además, se constata aumento de linfocitos T CD4 en sangre. Se decide llevar a cabo intervención quirúrgica realizándose *bypass* carótido-humeral distal con vena safena interna valvulotomizada con tunelización subesternocleidomastoideo, supraclavicular y subdeltoideo por conflicto de espacio por estrecho torácico.

Resultados: En el posoperatorio inmediato la paciente recupera pulso radial y cubital con curvas trifásicas y fotopletiografía fásica a 4 mV en todos los dedos. Al alta, y tras ser valorada por el comité

de enfermedades autoinmunes, se le pauta tratamiento inmunosupresor con metilprednisolona, metotrexato y tocilizumab. Al año de seguimiento la paciente continúa asintomática en ambos miembros superiores con cefalea de intensidad leve pulsátil con acúfenos y claudicación mandibular ocasional asociada, con pulso radial conservado y *bypass* permeable con curvas trifásicas en arteria radial y cubital (VPS 80 cm/seg).

Conclusiones: La arteritis de Takayasu es una presentación poco habitual de isquemia crónica de miembros superiores (5-10 %). El diagnóstico se establece mediante angio-TAC o arteriografía con signos radiológicos de sospecha (estenosis en múltiples segmentos con vasos tortuosos y filiformes con paredes engrosadas) confirmados mediante PET-TC y marcadores inflamatorios. El tratamiento incluye corticoides, inmunosupresores y revascularización quirúrgica en casos de mayor gravedad.

PA 131. TRATAMIENTO CONCOMITANTE DE VARICES PÉLVICAS Y MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO EN UN MISMO ACTO QUIRÚRGICO

Sara Dolores Hernández López, Eliseo Candela Beltrán, Manuel Ignacio Sánchez Nevárez, Noelia Garzón Bergadá, José Carlos Roselló Paredes, María Álamo Rodríguez, Manuel Miralles Hernández
Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia

Objetivos: La coincidencia de varices pélvicas de origen gonadal (VPG) e incompetencia de la unión safeno femoral (USF) asociada a varices en miembros inferiores es poco frecuente, además las varices pélvicas son causa reconocida de recidiva. El objetivo se basa en lograr tratar las varices en MMII y a nivel pélvico de manera concomitante en un único acto quirúrgico.

Material: Mujer de 45 años, con varices vulvares, en MII y dispaurenia. En eco-Doppler, varices con insuficiencia ostial de vena safena interna (VSI), de unos 7 mm, incompetente desde la unión safenofemoral (USF) (*shunt* tipo 3) y *shunt* varicoso

pélvico con punto pudiendo izquierdo drenante en VSI, con maniobra de Valsava positiva. En flebo-TC, vena gonadal izquierda (VGI) dilatada 6 mm y varices anexo izquierdo.

Metodología: Bajo sedación y anestesia, se colocó introductor 6Fx70 cm desde VSI genicular ecoguiado hasta vena cava L2 y se cateterizó VGI con catéter hidrofílico 4Fx120 cm hasta origen de plexo uterino. Se procedió a la esclerosis de las varices periuterinas con 10 CC de microespuma de etoxiesclerol al 3 %. Se comprobó una correcta difusión, buen colapso varicoso y reducción de diámetro de vena ovárica. No se observó reflujo desde vena renal, por lo que se decidió no emplear *coils*. Desde el acceso genicular, se cambió de introductor a 7F avanzándose la sonda de radiofrecuencia (7X100) a 2 cm de USF y se procedió a la fulguración de VSI con tumescencia a 28 °C. En ecografía de control, se comprobó ausencia de reflujo en VSI y se realizó la esclerosis con espuma al 0,5 % de r3 geniculares.

Resultados: En cita de control, se comprobó la ausencia de varices tanto en MII como a nivel vulvar, junto con la resolución de *shunt* y sellado de VSI. La paciente además refirió la desaparición de la clínica de dispareunia.

Conclusiones: La presencia de varices de la extremidad asociada al origen pélvico es una patología poco frecuente y no tratarla es causa conocida de recidiva. El tratamiento de ambos sectores en un solo tiempo permite reducir el uso de quirófanos y los gastos asociados

PA 137. PREVENCIÓN DE ISQUEMIA PÉLVICA: BYPASS A LA HIPOGÁSTRICA

Nerea Mayo Lana, Jennifer Díaz Cruz, Ciro Baeza Bermejillo, Alejandro González García, César Aparicio Martínez, Ana Begoña Arribas Díaz
Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid

Objetivos: La reparación endovascular de aneurismas de aorta abdominal (EVAR) es el tratamiento

de elección en pacientes de edad avanzada o con múltiples comorbilidades. En algunos casos, la presencia de endofugas tipo Ib o de aneurismas ilíacos concomitantes requiere la cobertura de las arterias hipogástricas, haciendo necesaria la realización de un *bypass* fémoro-hipogástrico para preservar la perfusión pélvica. Este estudio tiene como objetivo analizar los casos de injertos fémoro-hipogástricos realizados en nuestro centro y evaluar su permeabilidad a largo plazo.

Material: Se llevó a cabo un estudio de serie de casos incluyendo pacientes sometidos a un *bypass* fémoro-hipogástrico en nuestro centro entre noviembre de 2017 y noviembre de 2024. Se analizaron variables como indicación quirúrgica, abordaje, permeabilidad del injerto, complicaciones y mortalidad a 30 días.

Metodología: Se recogieron los datos de 3 pacientes a los que se les realizó un injerto desde la arteria femoral común a la hipogástrica en nuestro centro. El acceso fue en todos los casos mediante una lumbotomía izquierda con abordaje retroperitoneal. El *bypass* se realizó con una prótesis de politetrafluoroetileno (PTFE) anillado de 8 mm.

Resultados: Se intervinieron 3 pacientes con una edad media de 78 años, todos presentaban aneurismas de aorta abdominal y, dos de ellos, aneurismas ilíacos asociados. En un paciente con aneurismas ilíacos bilaterales se optó desde el inicio por un EVAR con cobertura de ambas hipogástricas y *bypass* fémoro-hipogástrico derecho. En otro paciente con aneurismas ilíacos bilaterales, tras el fracaso en la colocación de un *branch* ilíaco, se cubrieron ambas hipogástricas y se realizó el *bypass* fémoro-hipogástrico. En el tercer caso, un paciente con EVAR previo presentó endofuga tipo Ib bilateral, por lo que se prolongaron ambas ramas ilíacas y se realizó el injerto. No se registraron complicaciones ni mortalidad a 30 días. La permeabilidad de los injertos fue del 100 % con una mediana de seguimiento de 6 años.

Conclusiones: El *bypass* fémoro-hipogástrico constituye una alternativa efectiva y segura en pa-

cientes sometidos a EVAR con cobertura bilateral de las arterias hipogástricas, asegurando la perfusión pélvica a largo plazo.

PA 154. SÍNDROME DE LEMIERRE ATÍPICO: DIAGNÓSTICO Y MANEJO EN AUSENCIA DE FOCO INFECCIOSO EVIDENTE

Maria Marcet Recolons¹, Kerbi Alejandro Guevara Noriega^{1,2}, Raquel Chávez Abiega¹, Javier Ramírez Ruiz¹, Pablo Javier Salvaré Heikel¹, Teresa Solanich Valldaura¹

¹*Parc Tauli Hospital Universitari. Sabadell, Barcelona.*

²*Consorci Sanitari del Maresme. Mataró, Barcelona*

Objetivos: El síndrome de Lemierre (SDL) es una patología infrecuente pero potencialmente letal, caracterizada por tromboflebitis séptica de la vena yugular interna secundaria a una infección bacteriana local. Este estudio presenta un caso atípico de síndrome de Lemierre sin foco infeccioso evidente

Material: Se describe el caso de un paciente de 53 años que acudió a urgencias con tumefacción laterocervical izquierda dolorosa, signos de inflamación local y fiebre. El diagnóstico inicial de tromboflebitis de la vena yugular interna se realizó mediante ecografía Doppler. Se orientó como SDL y se inició el estudio de foco.

Metodología: En la ampliación del estudio se realizó angio-TC de cuello, que reveló cambios inflamatorios perivasculares asociados a la trombosis. Dada la ausencia de un foco infeccioso evidente, se efectuó un PET-TC que demostró hipercaptación a nivel yugular, subclavio y tronco braquiocéfalo, compatible con proceso infeccioso. A destacar, este estudio mostró engrosamiento del musculo platismo y glándula submaxilar con adenopatías locales sugiriendo un foco en la glándula salivar.

Resultados: El caso presentado destaca la importancia de un abordaje diagnóstico integral en casos atípicos de SDL. La combinación de técnicas de imagen avanzadas resultó fundamental para con-

firmar el diagnóstico en ausencia de un foco infeccioso claramente identificable. Los hemocultivos fueron negativos. Se inició tratamiento empírico con amoxicilina-clavulánico, daptomicina y heparina de bajo peso molecular (HBPM), obteniéndose resolución del cuadro.

Conclusiones: Ante el hallazgo de una tromboflebitis séptica de la vena yugular interna, se requiere un estudio complementario exhaustivo para identificar el foco infeccioso. En ausencia de foco infeccioso demostrado, los hemocultivos y pruebas de imagen pueden ayudar a soportar el diagnóstico y orientar la terapéutica. Se debe considerar el SDL y tratar sobre etiología supuesta, incluso sin foco infeccioso evidente. El uso de HBPM es controvertido, pero dada la fisiopatología de la entidad, se sigue considerando su uso en estos casos. El tratamiento antibiótico es prioritario y debe iniciarse de forma temprana y agresiva.

PA 190. EMBOLIZACIÓN DE PSEUDOANEURISMA FEMORAL YATROGÉNICO ROTO EN PACIENTE CRÍTICO

María Álamo Rodríguez, Noelia Garzón Bergadá, Manuel Ignacio Sánchez Nevárez, Irene Peinado Zanón, Sara Dolores Hernández López, Manuel Miralles Hernández
Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia

Objetivos: Mostrar una alternativa segura y viable para el tratamiento del pseudoaneurisma roto en pacientes críticos.

Material: Varón de 67 años obeso, con infarto de miocardio y shock cardiogénico ingresado en Unidad de críticos (UCI).

Metodología: El paciente requiere de colocación de balón de contrapulsación por abordaje femoral izquierdo. Tras realización de cateterismo coronario con revascularización parcial se consigue una mejoría hemodinámica y se retira el balón. Se mantiene doble antiagregación en perfusión intra-

venosa hasta revascularización coronaria en cinco días. Cuarenta y ocho horas más tarde, se avisa a cirugía vascular (CV) por hematoma inguinal, empeoramiento hemodinámico y anemia de 2 puntos de hemoglobina a pesar de transfusión. En angio-TC presenta pseudoaneurisma roto en cara anterior de arteria femoral común, de 45x50 mm, con gran hematoma en muslo y pubis. Dada su función cardíaca muy reducida, pendiente de realización de *bypass* coronario en 72 h, con alto riesgo de muerte o infarto por sangrado, con imposibilidad de retirada de doble antiagregación se plantea de forma multidisciplinar (anestesia, UCI, Cirugía cardíaca) realizar una intervención mínimamente invasiva con anestesia local como única opción de riesgo asumible para el paciente.

Resultados: Mediante acceso femoral derecho se cateteriza de forma selectiva arteria ilíaca externa izquierda distal. En arteriografía se observa pseu-

doaneurisma de gran tamaño con signos de rotura, con cuello de 9,9 mm y con 48 mm de diámetro. Se consigue cateterización selectiva del cuello con catéter de 4 Fr introduciendo 1000 UI de trombina. Tras evidenciar trombosis de saco del pseudoaneurisma se decide colocar un *coil* de liberación controlada de 5 mmx15 cm en origen del cuello. Finalmente, se realiza incisión suprapúbica de 4 cm para drenaje parcial de hematoma a tensión. Angio-TC de control tras 48 horas sin permeabilidad del pseudoaneurisma. Posoperatorio con pulsos distales y sin complicaciones, con intervención al tercer día posoperatorio de *bypass* coronario sin incidencias, siendo dado de alta al 29.º día posoperatorio.

Conclusiones: La embolización endovascular de pseudoaneurismas rotos en pacientes críticos puede ser una opción mínimamente invasiva y eficaz en casos seleccionados con características anatómicas adecuadas.



E-POSTERS

P 91. RAMAS RETRÓGRADAS COMO SOLUCIÓN PARA ANEURISMAS TORACOABDOMINALES COMPLEJOS Y CATETERIZACIÓN DE ARTERIAS RENALES ANATÓMICAMENTE DESFAVORABLES EN ENDOPRÓTESIS T-BRANCH

María Rey Bascuas, Rita Calviño López-Villalta, Alba Méndez Fernández, Cristian José Rojas Molina, Tania Bustamante Apaza
Hospital Clínico Universitario de Santiago. Santiago de Compostela, A Coruña

Objetivos: La reparación de aneurismas toracoabdominales (ATA) ha avanzado considerablemente en los últimos años, gracias al desarrollo de endoprótesis fenestradas y ramificadas, que han permitido evitar cirugías abiertas altamente invasivas. Dispositivos comerciales, como el *Zenith T-branch Thoracoabdominal Endovascular Graft* (Cook Medical, Bloomington), han hecho posible tratar muchos de estos casos sin la necesidad de esperar la fabricación personalizada, ya que la experiencia actual y la literatura respaldan este enfoque cuando la anatomía es favorable. El objetivo es presentar dos casos complejos de aneurisma toracoabdominal, tratados mediante la implantación de una endoprótesis con rama interna retrógrada en un *T-branch*, en dos pacientes con anatomía desfavorable para cateterización de una de las arterias renales.

Material: El primer caso se trata de un varón de 65 años intervenido de un aneurisma de aorta ascendente mediante un procedimiento de Bentall y la colocación de una open Evita. Durante el seguimiento y controles con tomografía computarizada (TC), se observó la falta de sellado distal (endofuga tipo IB) y la progresión del aneurisma distal. Tras una cuidadosa planificación preoperatoria, el paciente fue ingresado para la realización de un *T-branch*. El segundo caso se trata de un varón de 79 años con anatomía desfavorable para la cateterización de la

arteria renal derecha por lo que se decide el diseño de un *T-branch custom made* (CMD) con una rama invertida.

Resultados: En el primer caso, durante la cirugía, no fue posible cateterizar la arteria renal izquierda debido a una excesiva curvatura y angulación hacia arriba. Por ello, se decidió dejar esa rama abierta para completar el procedimiento en un segundo tiempo. Para resolver este problema, utilizamos una endoprótesis hecha a medida con una rama interna invertida (por vía femoral) y ocluimos la rama externa previa de la arteria renal izquierda mediante un Amplatzer. El segundo caso se llevó a cabo sin incidencias.

Conclusiones: A pesar de la experiencia y evidencia que apoya los dispositivos "off the shelf", desafíos anatómicos imprevistos o subestimados pueden requerir el uso de CMD. La correcta planificación y medición preoperatoria son esenciales para garantizar el éxito en este tipo de casos.

P 93. TROMBOEMBOLISMO PULMONAR DEBIDO A ANEURISMA VENOSO POPLÍTEO: CASO CLÍNICO

Laura Gil Julián, Francesc Pañella Agustí, Mauricio Ramírez Montoya, Odile Yarnoz Ruiz, Mar Palao Bertrán, Benet Gómez Moya
Hospital Universitario Joan XIII. Tarragona

Objetivos: Los aneurismas venosos del sistema profundo, incluyendo los de la vena poplítea, son una patología infrecuente, con una prevalencia estimada < 0,5 %. La principal manifestación clínica al momento del diagnóstico es la presencia de un tromboembolismo pulmonar.

Material: Presentamos el caso de un paciente varón de 56 años sin antecedentes médicos relevan-

tes que acude a urgencias por disnea súbita y dolor cetro-torácico. Se confirma la presencia de tromboembolismo pulmonar mediante angio-TC.

Metodología: Se inicio anticoagulación sistémica con heparina de bajo peso molecular a dosis de 1 mg/kg/12 h. Se realizó estudio mediante Ecografía Doppler venosa de los miembros inferiores identificando imagen sacular de 4 cm dependiente de vena poplítea parcialmente trombosado compatible con aneurisma venoso. Mediante angio-TC se descartaron posibles causas de compresión extrínseca a nivel poplíteo, y se descartaron otras posibles causas predisponentes de enfermedad tromboembólica venosa (Trombofilias. Neoplasias) Dada la alta probabilidad de recurrencia tromboembólica, se optó por tratamiento quirúrgico mediante aneurismectomía tangencial con venografía lateral a través de abordaje posterior.

Resultados: La evolución posoperatoria fue satisfactoria, siendo alta a las 48h con HBPM a dosis descoagulantes y soporte elástico. Se realizó Ecografía Doppler de control a los 3 meses siendo permeable el procedimiento.

Conclusiones: El aneurisma venoso poplíteo es una causa poco frecuente, pero potencialmente grave de TEP. La ecografía Doppler juega un papel clave en su diagnóstico. El tratamiento quirúrgico es de elección para esta patología dado el alto riesgo de recurrencia. Este caso resalta la importancia del diagnóstico temprano del aneurisma venoso poplíteo como fuente de embolia pulmonar y la necesidad de un tratamiento oportuno para evitar complicaciones graves.

P 136. ENDOPRÓTESIS DE DOBLE RAMA COMO RESCATE DE ENDOFUGA-I

Irantzu Unzaga Rubio, Roger Frigola Castro, Malen Sukia Zufiria, Sebastián Fernández Alonso, Leopoldo Fernández Alonso, Esther Martínez Aguilar
Hospital Universitario de Navarra. Pamplona

Objetivos: El abordaje del arco aórtico ha evolucionado desde la clásica cirugía abierta hasta soluciones más sofisticadas como la reparación endovascular con endoprótesis con ramas. El objetivo es exponer un caso de rescate de una prótesis de cayado previa con endofuga proximal con una endoprótesis de doble rama (Cook® Medical, Bloomington, Ind).

Material: Presentación de un caso clínico.

Metodología: Revisión retrospectiva de la historia clínica.

Resultados: Varón de 62 años con antecedentes reseñables de dislipemia, hipertensión, diabetes *mellitus* tipo 2, cardiopatía isquémica. Intervenido en EE. UU. por aneurisma de aorta abdominal mediante el implante de endoprótesis Medtronic AneuRx en 2009. El paciente fue tratado por un aneurisma del cayado aórtico hace un año en EE. UU. mediante endoprótesis con rama a subclavia Gore TAG TBE. Dicha endoprótesis presentó endofuga la desde el implante con varios intentos de tratamiento sin éxito. Realizado angio-TC en nuestro centro se objetiva aneurisma del cayado aórtico de unos 62 mm con relleno proximal de contraste. Otro aneurisma sacular en aorta torácica descendente distal de 58 y endofuga la y lb sobre prótesis AneuRx previa con diámetros del saco en torno a 45 mm. En un primer tiempo se realizó *bypass* de carótida común izquierda a arteria subclavia izquierda con prótesis de dacron 6 mm y embolización de subclavia prevertebral con Amplatzer de 16 mm. Tres días después de la primera intervención se realiza el implante mediante punción femoral derecha, de endoprótesis de doble rama interna anterógradas Cook Medical 46 x 30 x 221 y extensión distal con dos prótesis Alpha torácicas hasta un par de centímetros por encima del tronco celíaco. El implante de la rama a tronco braquiocefálico se realiza mediante exposición quirúrgica axilar y la de la carótida izquierda mediante abordaje de *bypass* carotídeo previo. El paciente es dado de alta con angio-TC de control sin fugas 7 días después de la intervención.

Conclusiones: Aunque en el tratamiento del arco aórtico la cirugía abierta sigue siendo el “gold standard” la cirugía endovascular aporta importantes soluciones en pacientes no candidatos a cirugía convencional. Es importante, para conseguir resultados duraderos, realizar una buena selección de los pacientes y respetar las instrucciones de uso de cada dispositivo.

P 149. ISQUEMIA MESENTÉRICA CRÓNICA SECUNDARIA A ENDOFUGA TIPO 3 DE FEVAR

Agustín Mínguez Bautista, Krystell Daniela Escoto Theodoracopoulos, Ainhoa Figuérez Marcos, Inés Castillo Díaz, María Astrid Molina Gómez, Pascual Lozano Vilardell
Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca

Objetivos: Describir un caso clínico de isquemia mesentérica crónica post-FEVAR.

Material: Varón de 68 años, con antecedentes de *bypass* fémoro-femoral por isquemia crítica (2014) y F-EVAR (2018) por aneurisma tóraco-abdominal (AAT) tipo III sin endofugas ni crecimiento del saco tras 5 años de seguimiento, que acude a urgencias por dolor epigástrico que se le irradiaba en cinturón a ambos flancos de 2 semanas de evolución. Refiere cuadro de inicio con dolor posprandial que no calma desde hace meses.

Metodología: El paciente en urgencias presenta abdomen blando y depresible, ligero dolor difuso a la palpación profunda, con pulsos presentes a todos los niveles en miembro inferior derecho y femoral izquierdo. En la analítica presenta leucocitosis (12.3) sin neutrofilia, Hb 13.5g/dL, plaquetas 266.000, coagulación normal, función renal conservada con ionograma normal, PCR 1.75 mg/dL con láctico normal. Se realiza angio-TC urgente donde se observa crecimiento de saco aneurismático hasta 90 mm dependiente de endofuga tipo III entre módulo torácico y módulo fenestrado; con fractura de *stents*-puente de a. mesentérica superior (aMS) y a. renal izquierda (aRI) (endofuga tipo IIb).

Tras las reconstrucciones volumétricas, se observa “kinking” con disminución de calibre a nivel de a. mesentérica superior distal en zona de fractura con trombo laminar en su interior.

Resultados: Tras hallazgos y planificación, se realiza exclusión endovascular (GoreTAG® 34x34x150 mm) de endofuga tipo III de TEVAR previo, asociando una endoprótesis cubierta en mesentérica superior (VBX® 6x29 mm) y renal izquierda (VBX® 6x39 mm). Pasa las primeras 24 horas del posoperatorio en la Unidad de Reanimación sin incidencias. Es trasladado a planta, donde permanece sin presentar complicaciones. Reinicia dieta oral tanto a sólidos como a líquidos sin dolor posprandial, por lo que es dado de alta a su domicilio en 48 h tras ingreso. En el TAC posoperatorio presenta ausencia de endofugas sin crecimiento del saco con permeabilidad de *stents*-puente de aMS y aRI.

Conclusiones: La isquemia mesentérica crónica por fractura de *stent*-puente de aMS es una complicación inusual tras el tratamiento de endoprótesis fenestrada para aneurisma toraco-abdominal, que puede ser consecuencia del crecimiento del saco aneurismático por endofugas silentes, lo que resalta la importancia del seguimiento estricto del FEVAR en el tiempo.

P 150. FÍSTULA AORTO-URETERAL: HEMATURIA MASIVA Y TRATAMIENTO ENDOVASCULAR EXITOSO

Xavier Tenezaca Sari¹, Diego Gómez Arbeláez¹, Silvia Granados Suárez¹, Jordi Cordobés Gual¹, Sebastián Vélez Guayasamin², Nuria Torreguitart Mirada¹
Servicios de ¹Angiología y Cirugía Vascular, y ²Urología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida

Objetivos: La fístula aorto-ureteral es una complicación muy rara, se estima que representa entre el 0.1 % y el 0.4 % de todas las fístulas urinarias y, en la mayoría de los casos (97.5 %) se asocia a procedimientos quirúrgicos. El objetivo es presentar un caso exitoso de tratamiento endovascular por fístula aorto-ureteral.

Material: Hombre de 76 años con antecedentes de sigmoidectomía con colostomía terminal y cistectomía radical con ureterostomía cutánea por neoplasia de recto. Se presentó con hipotensión, anemia (8.8 mg/dl) y hematuria severa una semana después del reemplazo de un catéter mono-J externalizado. En la angio-tomografía computarizada se identificó una zona de extravasación de contraste en el uréter izquierdo a nivel de la bifurcación aórtica compatible con una fístula aorto-ureteral.

Metodología: El paciente fue considerado apto para cirugía y se planificó el tratamiento endovascular.

Resultados: Se realizó de urgencia una reconstrucción endovascular de la bifurcación aortoiliaca (CERAB)* con implante de *stents* Viabahn + VBX (W.L. Gore & Associates, Flagstaff, AZ, EE. UU.), seguido de una segunda etapa que consistió en la extracción del catéter mono-J y la colocación de una nefrostomía izquierda. Recibió tratamiento antibiótico profiláctico con ciprofloxacino durante seis meses. Después de 12 meses, el paciente permanece estable sin signos de complicación relacionados al procedimiento.

Conclusiones: La fístula aorto-ureteral es una patología muy rara y requiere cirugía urgente. Es una entidad compleja que precisa de valoración multidisciplinar y distintas técnicas quirúrgicas para su resolución. El tratamiento endovascular es un procedimiento mínimamente invasivo, seguro y eficaz para controlar el sangrado secundario a fístula aorto-ureteral.

P 167. PSEUDOANEURISMA DE LA ARTERIA FEMORAL PROFUNDA POR DESPLAZAMIENTO ÓSEO TRAS FRACTURA DE CADERA: UNA COMPLICACIÓN RARA DE LA CIRUGÍA DE CADERA

Alejandra Vázquez Tolosa, José Manuel Buisán Bardají, Daniela Acuña Paz y Miño, Iván Higuera Jaramillo, Luis Esteva Muñoz, Ana María Miguel Sánchez
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

Objetivos: Describir un caso de pseudoaneurisma de la arteria femoral profunda por desplazamiento de fragmentos óseos tras una fractura de cadera.

Material: Se describe dicha complicación a propósito de un caso intervenido en nuestro centro.

Metodología: Varón de 70 años, con antecedentes personales de tabaquismo y tromboembolismo pulmonar en junio de 2024 (anticoagulado con edoxaban). Se interviene en noviembre de 2024 por fractura de cadera derecha mediante clavo intramedular. Tras la intervención, el paciente presenta equimosis progresiva y edema de la extremidad inferior derecha. Tres semanas después, se realiza una analítica que muestra anemia con hemoglobina de 5 g/dL, por lo que sospechando sangrado activo se realiza un angio-TC que muestra un pseudoaneurisma de la arteria femoral profunda con sangrado activo y gran hematoma asociado, provocado por desplazamiento de fragmentos óseos de la fractura. El paciente es intervenido de urgencia junto con el servicio de Traumatología. Se realiza evacuación del hematoma, apertura del pseudoaneurisma y ligadura de la arteria femoral profunda derecha junto con exéresis de fragmento óseo del fémur y reinserción del trocánter mayor, que perforaba la arteria femoral profunda.

Resultados: El paciente precisó transfusión de hemoderivados en el posoperatorio, que transcurrió sin incidencias, continuando con su rehabilitación por la cirugía de cadera.

Conclusiones: Aunque sean poco frecuentes, la cirugía de cadera no está exenta de complicaciones vasculares, siendo la más común la lesión de la arteria femoral profunda en su segunda bifurcación. El desarrollo de un pseudoaneurisma de la arteria femoral profunda por desplazamiento de un fragmento óseo es una complicación rara pero posible.

P 189. ACCESO ALTERNATIVO EN RECANALIZACIÓN ILÍACA

Paula Benavides dos Santos, Ana Belloso Villanueva, Pau Martínez i Vidal, Aniol Solés Gimbernat, Patricia Rodríguez Cabeza, Omar Andrés Navarro
Hospital Universitari Doctor Josep Trueta. Girona

Objetivos: El carácter crónico de la arteriopatía periférica y el advenimiento de las técnicas endovasculares genera pacientes que requieren múltiples reintervenciones a lo largo de su vida. Esto deja como consecuencia arterias manipuladas que dificultan la búsqueda de un acceso vascular adecuado. Presentamos un caso clínico donde se consiguió obtener un abordaje alternativo que permitió preservar la única extremidad inferior de este paciente.

Material: Varón de 61 años con múltiples antecedentes de riesgo cardiovascular y de arteriopatía periférica de la extremidad izquierda que, tras numerosos intentos de revascularización, finalmente requirió una amputación mayor. En enero de 2024, el paciente consultó por claudicación a corta distancia de la extremidad derecha y ausencia de pulsos. El angio-TC mostró una oclitación completa de ejes ilíaco y femoropoplíteo derechos con repermeabilización a primera poplíteo y oclusión de *stents* previos en ilíaca externa izquierda con permeabilidad de ilíaca común y de hipogástrica izquierdas. Dado que se trata de un paciente con extremidad única, se decide que el paciente es candidato a recanalización endovascular.

Metodología: Bajo anestesia general se consiguió la punción retrógrada radioguiada de la arteria femoral común izquierda ocliterada y la progresión de los dispositivos a través de *stents* previos ocliterados en ilíaca externa izquierda. Se logró crossover a eje ilíaco derecho, pero sin llegar a progresar más allá de la arteria ilíaca común derecha. Se realizó punción ecoguiada de tercera porción de la arteria poplíteo derecha obteniendo recanalización retrógrada de ejes femoropoplíteo e ilíaco derechos y se realizó un *through and through*. Posteriormente, se procedió a *kissing stent* ilíaco con Begraft y posterior *stenting* de ilíaca externa y de femoral superficial derecha.

Resultados: El paciente fue dado de alta a las 24 horas del procedimiento. En el control ambulatorio al mes, presentaba pulso pedio con desaparición de la claudicación.

Conclusiones: Las técnicas endovasculares han supuesto un avance en la cirugía vascular pero también han supuesto un aumento de número de reintervenciones. El acceso vascular más adecuado puede suponer a veces un reto. Sin embargo, la experiencia nos puede ayudar a ser "originales" a la hora de elegir un abordaje.

P 214. ENDOPRÓTESIS AÓRTICA COMO TERAPIA PUENTE PARA LA INFECCIÓN AÓRTICA, CIRUGÍA ABIERTA COMO TERAPIA DEFINITIVA

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

Objetivos: El manejo de la infección aórtica sigue suponiendo un reto en la actualidad, donde la cirugía abierta sigue siendo el *gold* estándar, pudiendo ser utilizada la terapia endovascular como puente hasta la cirugía definitiva.

Material: Paciente mujer de 62 años en tratamiento quimioterápico por un carcinoma de mama, ingresada en otro centro por infección a nivel de Port-a-Cath. Durante gastroscopia por hemorragia digestiva alta se produce una pequeña perforación esofágica tratada con un hemoclip. Mala evolución con fiebre y malestar general por lo que se realiza TC de tórax en el que se objetiva absceso paraesofágico y pseudoaneurisma en zona 4 de aorta torácica secundario, por lo que se activa código aorta y se deriva a nuestro hospital.

Metodología: En primer lugar se realiza TEVAR con CTAG en zona 4 para exclusión de pseudoaneurisma. Al día siguiente endoprótesis esofágica

en Endoscopia y drenaje por Cirugía General de absceso paraesofágico mediante toracoscopia. Al mes retirada con gran dificultad de prótesis esofágica tras lo cual presenta episodio de hematemesis por lo que se realiza angio-TAC donde se objetiva cambios en la pared aórtica en anclaje proximal y persistencia de perforación. Implante de nuevo TEVAR con CTAG como terapia puente con cirugía abierta a las 48 horas donde se aborda la aorta torácica descendente mediante toracotomía anterolateral izquierda por el 4.º EIC. ECMO fémoro-femoral y colapso pulmonar izquierdo. Explante de endoprótesis previas y sustitución de zonas 4 y 5 mediante prótesis *Intergard Synergy* (triclosán y acetato de plata). En cultivo de aorta se aísla *S. aureus* y *E. faecium*.

Resultados: Evolución favorable tras la intervención, salvo insuficiencia respiratoria secundaria a TEP, que mejoró con tratamiento médico. Por último, semanas después se realiza esofagectomía mediante técnica de Ivor-Lewis. Tras 15 meses de seguimiento la paciente se mantiene afebril en tratamiento crónico con Dalvabancina, sin datos de infección tanto analíticos como radiológicos, con práctica desaparición de colecciones mediastínicas, sin captación de la prótesis aórtica en último PET-TAC.

Conclusiones: La cirugía endovascular y la técnica endoscópica pueden ser útiles como terapia puente, siendo la cirugía abierta aórtica y esofágica las que ofrecen mejores resultados a largo plazo, ofreciendo una solución más definitiva.

P 221. SOSPECHA DE PSEUDOANEURISMA, MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA Y TUMOR VASCULAR: REPORTE DE DOS CASOS CLÍNICOS

Esther Castillo Mañas, Rodrigo Fernández González, Marta González Fernandes, David Alejandro Vargas Larriva, José Raúl García Casas
Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. Pontevedra

Objetivos: Reporte de dos casos clínicos, el primero es un varón de 58 años que presenta sospecha de pseudoaneurisma venoso femoral izquierdo y el segundo una mujer de 40 años con sospecha de malformación arteriovenosa o tumor vascular con fístula arteriovenosa en muslo derecho. Cuyos diagnósticos definitivos fueron tumor fibroso solitario (TFS). El TFS es el antiguo hemangiopericitoma, un tumor poco frecuente de origen mesenquimal. Los objetivos de este estudio son presentar dos casos clínicos y favorecer una futura sospecha clínica del TFS.

Material: Ambos casos refieren tumefacción dolorosa que tras angio-TAC se observa, en el primer caso, una lesión nodular con vascularización aumentada, comunicación con vasos adyacentes y trombosis en su seno y, en el segundo, una masa hipervascular con soporte arterial dependiente de rama AFS y varias venas que drenan a la vena femoral superficial.

Metodología: Realización de exéresis quirúrgica y derivación a oncología médica.

Resultados: Se obtuvieron ambos diagnósticos histológicos de TFS de bajo riesgo metastásico. En el primer caso, márgenes afectados con necesidad de radioterapia y, el segundo, presencia de nódulos pulmonares pendientes de estudio.

Conclusiones: Resulta complejo establecer un diagnóstico de sospecha correcto ya que los TFS son poco frecuentes y pueden desarrollarse en cualquier parte del cuerpo, siendo más común en tórax y SNC y menos en extremidades, únicamente el 10 % de los TFS. La historia clínica, la observación de una lesión compatible en pruebas de imagen y el examen macroscópico intraoperatorio pueden sugerir la presencia de un TFS. La sospecha clínica del cirujano vascular adquiere relevancia puesto que la resección óptima y estadificación posterior han demostrado ser predictores independientes de mortalidad específica por cáncer. Piccinelli, M. L. et al. 2024. El TFS requiere seguimiento por oncología médica ya que según la escala de riesgo de Demicco, et al. 2017 para TFS el riesgo intermedio

muestra un 10 % de probabilidad metastásica en los 5-10 años posteriores, mientras que el alto riesgo obtiene un 73 %. La intervención quirúrgica y radioterapia adyuvante podrían mejorar el pronóstico en térmicos de control local de enfermedad y supervivencia libre de enfermedad en pacientes con TFS en extremidades, según Krengli M., et al. 2020.

P 17. HEMATURIA ENMASCARADA: A PROPÓSITO DE 3 CASOS DE FÍSTULAS ARTERIO-URETERALES SECUNDARIAS

Nathalya Loriths Peña Ahues, Elena Marín Manzano, Stefan Stefanov Kiuri, Covadonga Mendieta Azcona, Aleicel Concepción Rodríguez, Álvaro Fernández Heredero

Hospital Universitario La Paz. Madrid

Objetivos: Caracterizar la clínica y manejo de las fístulas arterioureterales secundarias (FAU).

Material: Las FAU secundarias son infrecuentes, pero potencialmente letales sin un diagnóstico precoz (mortalidad hasta del 38 %). Consiste en un defecto erosivo entre el uréter y estructuras vasculares; asociadas frecuentemente a intervenciones quirúrgicas vasculares, genitourinarias y oncológicas. La hematuria franca con o sin inestabilidad hemodinámica es la presentación más común; siendo la arteria ilíaca común (AIC) la más afectada. Su diagnóstico es por angio-TC o arteriografía y la reparación directa o endovascular urgente el tratamiento de primera línea.

Metodología: Presentamos tres casos, con antecedentes de cirugías retroperitoneales, debutando con hematuria franca asociando inestabilidad hemodinámica dos de ellos. El diagnóstico se realizó por angio-TC en dos casos, con necesidad de arteriografía diagnóstica para el tercero. Se afectaron AIC en dos casos y arteria ilíaca externa (AIE) en el otro.

Resultados: En los tres casos realizamos intervención quirúrgica urgente. En el primero se coloca en AIC derecha, un *stent* *VBX large* 8x79 mm por

punción retrógrada bifemoral, presenta nueva hematuria con inestabilidad hemodinámica 13 días después, colocándose endoprótesis recubiertas autoexpandibles de 16x13x93 mm + 13x13x82 mm + rama de EVAR 16x13x124 mm en eje ilíaco derecho y rama de EVAR 16x16x93 mm en eje ilíaco izquierdo, por una endofuga tipo Ia, abordaje inguinal abierto bilateral. En el segundo, un *stent* *iCover* 7x57 mm en AIC por acceso femoral común retrógrado. En el tercero se implanta un *stent* *Via-bahn* 10x50 mm desde *bypass* aortoiliaco previo a AIE derecha por punción arterial humeral izquierda. Los tres casos evolucionan posteriormente de forma favorable.

Conclusiones: Las FAU secundarias son infrecuentes, pero potencialmente mortales; siendo un reto médico-quirúrgico importante. El diagnóstico precoz es esencial. El tratamiento quirúrgico endovascular es un enfoque terapéutico válido con buenos resultados a corto plazo.

P 66. CONDUCTO ILÍACO SIN ANASTOMOSIS DISTAL EN EL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR: UN MANEJO SIMPLE PARA LOS ACCESOS VASCULARES COMPLEJOS

René Romero Sarmiento, Rubén Castilla Salar, Manuel Santiago Elías, Víctor Martínez Vales, Ignacio Michel Guisasola, José Antonio González Fajardo
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Objetivos: Los accesos vasculares adecuados son uno de los condicionantes en el tratamiento endovascular. Tradicionalmente, el *bypass* ilíaco ha podido resolver problemas de arterias ilíacas pequeñas, calcificadas o patológicas. Presentamos una técnica sencilla de conducto ilíaco sin anastomosis distal que simplifica el procedimiento de acceso.

Material: Se describe la técnica y su uso diferido de un *bypass* ilíaco (prótesis Dacron 10-mm) para tratamiento endovascular de la aorta toracoabdominal compleja, en la que los perfiles de los dispositivos pueden tener comprometido su nave-

gación. Está indicada en pacientes cuyas arterias ilíacas nativas miden menos de 9-mm, están muy calcificadas o son muy tortuosas.

Metodología: Mediante incisión retroperitoneal del lado correspondiente se realiza disección por planos, localización y control de arteria ilíaca común. Se realiza una anastomosis termino-lateral en la arteria con una prótesis de Dacron 10-mm, asegurando hemostasia y permeabilidad del mismo. Esta es la única anastomosis requerida. Se liga extremo distal de la prótesis con un punto de trasfixión (Prolene 5/0), se tuneliza hasta nivel subcutáneo a nivel inguinal y se procede al cierre del acceso abdominal. En las intervenciones posteriores se explora la ingle del paciente, se realiza una trombectomía y se reutiliza el conducto ilíaco.

Resultados: Este procedimiento permite el uso diferido del conducto ilíaco, siendo fácil obtener su permeabilidad mediante una trombectomía simple del *bypass* subcutáneo. Esta técnica más sencilla evita la apertura inguinal femoral y sus complicaciones.

Conclusiones: Esta técnica de conducto ilíaco sin anastomosis distal representa una reducción significativa del tiempo quirúrgico, evitando la incisión inguinal femoral, lo que conlleva una baja tasa de complicaciones y simplifica el acceso en futuras intervenciones.

P 77. SOLUCIÓN "HOMEMADE" PARA ARTERIOGRAFÍAS CON CO₂

Luis Esteva Muñoz, Daniela Acuña Paz y Miño, Alejandra Vázquez Tolosa, Iván Higuera Jaramillo, José Manuel Buisán Bajardí, Cristian Inglés Sanz
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

Objetivos: El objetivo de esta presentación consiste en exponer una solución casera con componentes accesibles y baratos, lo que nos permite el uso de CO₂ como medio de contraste en nuestra práctica clínica habitual.

Material: El CO₂ está especialmente indicada en pacientes con: Alergia a contrastes yodados, al ser el CO₂ un gas inerte. Enfermedad renal crónica: el CO₂ es altamente soluble en sangre, favoreciendo su eliminación pulmonar. Insuficiencia cardíaca congestiva o enfermedad hepática avanzada: al ser un gas, no aumenta el volumen. En cuanto a sus contraindicaciones, no debe emplearse en pacientes con insuficiencia pulmonar moderada al elevar la presión arterial pulmonar, ni en procedimiento de aorta torácica ni arterias supradiaphragmáticas por riesgo de embolia gaseosa.

Metodología: Esta solución consiste en una bomba de CO₂ conectada a un manorreductor, limitando así la presión del gas transferido a 1,2 atmosferas a un set de tubo de insuflación con filtro (empleado en laparoscopias). Dicho set alimenta al sistema de CO₂-Angioset, constituido por una válvula reductora de presión con una jeringa para inyectar el gas a través de extremo distal que se conecta al introductor o catéter.

Resultados: Empleado bajo anestesia general, debido a que la inyección de CO₂ produce dolor, colocamos al paciente en posición de Trendelenburg, evitando que el gas no ascienda hacia otras regiones del cuerpo. La dosis que empleamos de CO₂ en función de la región anatómica es la siguiente: aorta abdominal entre 60-100 ml, ilíacas entre 40-80 ml, sector femoro-popliteo y distal entre 40-60 ml, arterias viscerales entre 20-40 ml y fistulas de diálisis 20 ml. Las imágenes obtenidas en nuestra práctica clínica son de buena calidad y nos permite un uso ilimitado de dicho agente de contraste, al ser eliminado de manera pulmonar y no producir nefrotoxicidad.

Conclusiones: La arteriografía con CO₂ es una técnica fiable y eficaz en pacientes con insuficiencia renal crónica o alergia a los contrastes, permitiendo una visualización completa arterial o venosa hasta aorta torácica. Dicha solución "homemade" nos permite realizar arteriografía y venografías a un coste mucho menor que los sistemas comercializados.

P 87. AORTITIS INFECCIOSA, ¿Y AHORA QUÉ? PAPEL DEL XENOINJERTO

Lucía Sánchez Molina, Xavier Patricio Jácome Tapia, Oliver Bonnelly González, Julián David Flórez García, Sara Merchán Cristeto, Rubén Peña Cortés
Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca

Objetivos: La infección aórtica es un cuadro poco frecuente, caracterizado por la degeneración de la pared arterial secundaria a la colonización por microorganismos, que conlleva una elevada morbimortalidad. Su manejo multidisciplinar, se basa en la terapia antibiótica, resección quirúrgica y revascularización anatómica o extraanatómica, teniendo como alternativa la exclusión del pseudoaneurisma mediante endoprótesis. Se pueden utilizar distintos materiales para la revascularización *in situ*, como prótesis impregnadas en antimicrobianos, homoinjertos criopreservados, tejidos autólogos o xenoinjertos.

Material: Varón de 76 años con múltiples factores de riesgo cardiovascular, ingresado en medicina interna por síndrome febril sin foco, elevación de reactantes de fase aguda y crecimiento de *Salmonella* en hemocultivos. En angiografía por tomografía computarizada (angio-TAC) se evidencia imagen sacular de 16x8 mm en aorta infrarrenal, asociada a aumento del metabolismo en pared posteromedial de aorta identificado en tomografía por emisión de positrones (PET-TAC), compatible con pseudoaneurisma micótico aórtico. Se decide en sesión clínica revascularización *in situ*.

Metodología: Bajo anestesia general, se realiza abordaje transperitoneal de aorta abdominal desde sector pararenal hasta bifurcación aórtica, visualizando plastrón aórtico. Se procede a la confección intraoperatoria tutorizada de injerto aórtico tubular de diámetro acorde a aorta sana, sobre parche de pericardio bovino de 8x14 cm, seguido de un desbridamiento exhaustivo y toma de cultivos del plastrón aórtico y tejido circundante. Tras la anastomosis término terminal se comprueba la permeabilidad y hemostasia, finalmente se realiza

plastia del defecto del retroperitoneo con el parche de pericardio bovino residual, comprobando adecuada cobertura del injerto aórtico.

Resultados: Durante el posoperatorio se mantiene afebril sin elevación de marcadores analíticos de infección. Tras cuatro semanas de antibioterapia intravenosa se decide el alta con tratamiento por vía oral durante un año. A los 6 meses, el paciente está asintomático, con normalización de reactantes de fase aguda y PET-TAC de control sin alteraciones metabólicas.

Conclusiones: La complejidad de la infección aórtica precisa un manejo multidisciplinar para optimizar el tratamiento médico y buscar la mejor solución de revascularización quirúrgica. La alta permeabilidad y resistencia a la infección, asociada a su baja tasa de degeneración, hacen del pericardio bovino una excelente alternativa para la reconstrucción aórtica *in situ* y cobertura del retroperitoneo.

P 124. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LA ROTURA TRAUMÁTICA DE LA BIFURCACIÓN AORTOILÍACA: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

Fredy Eladio Torralbas Reverón, Alberto Martín Álvarez, María Pilar Lamarca Mendoza, Francisco Javier Peinado Cebrián, Maite Arriola Hernández, Ángel Flores Herrero
Hospital Universitario de Toledo. Toledo

Objetivos: Presentar dos casos de rotura traumática de la bifurcación aortoiliaca, tratados de manera exitosa vía endovascular.

Material: Se presentan dos pacientes politraumatizados, con traumatismos abdominales contusos y lesiones vasculares a nivel de la bifurcación aortoiliaca.

– *Caso clínico 1:* mujer de 55 años, que participa en accidente de tráfico de alta energía y se recibe con inestabilidad hemodinámica. Se evidencia en angio-TAC un pseudoaneurisma de la bifurcación aórtica.

- *Caso clínico 2:* varón de 23 años, atropellado por un camión, que se recibe en condiciones estables, refiriendo dolor abdominal. Se diagnostica un hematoma retroperitoneal extenso, con rotura contenida de la bifurcación aórtica.

Metodología: Ambos casos se intervinieron de urgencia, vía endovascular, creándose una neobifurcación aórtica. En el primer caso, se implantó un Viabahn de 13x50 mm en el cono aórtico, seguido de técnica de “Kissing stent” con dos *stents* Viabahn solapados (8x50 y 9x50 mm) en el eje ilíaco izquierdo y uno de 10x100 mm en el eje ilíaco derecho. En el segundo caso, se empleó un BeGraft de 16x58 mm a nivel aórtico, con un Viabahn de 9x100 mm en el eje ilíaco derecho y del lado izquierdo un VBX de 9x59 mm con un Viabahn de 10x50 mm solapado. Luego, en ambos, se posdilató mediante técnica de “Kissing balloon” y la arteriografía de control confirmó el correcto posicionamiento de las prótesis, sin evidencias de sangrado.

Resultados: La evolución posoperatoria de ambos fue favorable, sin nuevos episodios de sangrado. El primer caso presentó una recuperación progresiva hasta el alta hospitalaria, evidenciándose en estudios de control, que tras tres años las endoprótesis permanecen adecuadamente expandidas y permeables. El segundo caso, aún reciente, se encuentra en fase de convalecencia y siendo tratado por otras especialidades por lesiones asociadas.

Conclusiones: El tratamiento endovascular es una alternativa válida en los traumatismos vasculares de la bifurcación aortoiliaca, que podría minimizar el riesgo quirúrgico y acortar el tiempo de recuperación.

P 147. INUSUAL PRESENTACIÓN DE SÍNDROME MAY-THURNER: HEMATOMA RETROPERITONEAL ESPONTÁNEO POR ROTURA DE VENA ILÍACA IZQUIERDA

Agustín Mínguez Bautista, Ainhoa Figuérez Marcos, Francina Rocamora Horrach, Raúl Lara Her-

nández, Enrique Manuel-Rimbau Muñoz, Pascual Lozano Vilardell

Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca

Objetivos: Describir un caso clínico inusual de rotura espontánea de vena ilíaca izquierda.

Material: Mujer de 45 años sin antecedentes de interés, inicia con dolor abdominal brusco severo y muslo izquierdo que evoluciona a síncope y es trasladada a hospital secundario. Ingresa en UCI con shock hipovolémico y hemorrágico (Hb 6 g/dl), con necesidad de soporte vasoactivo y transfusión masiva. Se realiza angio-TC urgente en fase arterial donde se objetiva gran hematoma retroperitoneal sin sangrado activo aparente.

Metodología: Presenta rápidamente empeoramiento clínico, aumento del perímetro abdominal e inicio de flegmasia e hipoperfusión a nivel de miembro inferior izquierdo. Se decide repetir angio-TC en fase arterial y venosa, donde se objetiva aumento del hematoma retroperitoneal y compresión de vena ilíaca común izquierda con posible sangrado activo venoso.

Resultados: Es trasladado de manera urgente a centro de referencia, y se realiza cavografía y flebografía con intención de tratar, donde se observa oclusión de la vena ilíaca izquierda (síndrome de May-Thurner) con sangrado activo abundante a retroperitoneo. Se realiza predilatación y se observa reducción de sangrado a nivel retroperitoneal por aumento de drenaje a nivel de cava. Se decide implantación de *stent* venoso autoexpandible de celda cerrada (Sinus XL 16 mm) desde vena cava inferior hasta vena ilíaca externa con desaparición de sangrado activo. Dada la inestabilidad hemodinámica y presión intrabdominal severa (PIA = 60 mmHg) se decide realización de laparotomía descompresiva urgente. Intraoperatoriamente, se observa evisceración espontánea y asas intestinales con sufrimiento por bajo gasto y abundante hematoma sin sangrado activo, sin poder identificar rotura a nivel de vena ilíaca izquierda. La paciente presentó mala evolución con inestabilidad hemodinámica con anuria, acidosis

metabólico-láctica con persistencia de PIA elevada, con isquemia esplénica, hepática e intestinal masiva, confirmadas por TAC, se decide limitación del esfuerzo terapéutico.

Conclusiones: El hematoma retroperitoneal espontáneo secundario a rotura de vena ilíaca izquierda asociado a síndrome de May-Turner, es una entidad poco frecuente y es una urgencia médica que precisa de rápida actuación multidisciplinar para la identificación precoz y rápida resolución para evitar un final fatal.

P 174. HOMOCISTINURIA Y SU RELACIÓN CON LA ISQUEMIA AGUDA: UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Nerea Bastardo Gordejuela, Javier Sánchez Abuin, Maider Mendía Bravo, María de Dios Bilbatua, Begoña Iribar Zubiaur, Sara Loidi Guerrico-Echeverría
Hospital Universitario Donostia. Donostia-San Sebastián

Objetivos: Presentar un caso de homocistinuria diagnosticada tras un evento de isquemia aguda, enfatizando los hallazgos clínicos relevantes, así como su implicación en el diagnóstico diferencial de trastornos metabólicos asociados a eventos vasculares.

Material: Mujer de 34 años con antecedentes de diagnóstico de Marfan, subluxación de cristalino y cirugía de nódulo tiroideo frío, que es intervenida de *bypass* fémoro-peroneo con safena *in situ* por isquemia subaguda de la extremidad inferior derecha, tras haberse realizado fibrinólisis previa. En el posoperatorio presenta empeoramiento clínico por lo que se realiza angiografía, donde se aprecia oclusión distal del *bypass*. Se procede a recanalización, ATP de anastomosis y extremo distal del *bypass* hasta válvula venosa con colocación de *stent* liberador de fármaco. Es dada de alta tras una semana de ingreso con pauta de doble antiagregación. Reingresa tras una semana por trombosis del *bypass* requiriendo cirugía urgente y realizándose

nuevo *bypass* fémoro-peroneo empleando vena cefálica del brazo izquierdo y vena safena interna contralateral.

Metodología: Ante la clínica de eventos isquémicos agudos repetitivos, sin factores de riesgo tradicionales, en paciente joven con rasgo marfanoide, se realiza estudio analítico, genético y anatomopatológico que confirman hallazgos compatibles con homocisteinemia siendo valorada por el servicio de Endocrino y Medicina interna.

Resultados: Durante el posoperatorio, el *bypass* se mantiene funcionando asociado a mejoría clínica. Es dada de alta al mes con pauta de anticoagulación, doble antiagregación además de una dieta rica en Vitamina B. Valorada en consultas externas de vascular al mes, 6 meses y al año con eco Doppler confirmando permeabilidad del *bypass* en extremidad inferior derecha. Tras 15 años de seguimiento se mantiene asintomática.

Conclusiones: La homocisteinemia es un trastorno metabólico asociado a un estado protrombótico que predispone a isquemia arterial aguda. Su diagnóstico diferencial con otros trastornos metabólicos y la enfermedad de Marfan, la detección temprana y un tratamiento adecuado pueden reducir la morbimortalidad de estos pacientes.

P 12. RESECCIÓN EN BLOQUE DE TUMOR RETROPERITONEAL, AORTA INFRARRENAL Y CAVA INFERIOR Y RECONSTRUCCIÓN MEDIANTE INJERTO BIFURCADO DE PERICARDIO BOVINO

Malen Sukia Zufiria, Irantzu Unzaga Rubio, Roger Frigola Castro, Leopoldo Fernández Alonso, Esther Martínez Aguilar, Sebastián Fernández Alonso
Hospital Universitario de Navarra. Pamplona

Objetivos: Enfatizar la importancia de la formación en cirugía abierta para escenarios de alta complejidad en los que la cirugía endovascular no es una opción.

Material: Se presenta el caso de una mujer joven con una recidiva tumoral retroperitoneal e infiltración de grandes vasos en la que se realizó una cirugía abierta de resección en bloque de aorta infrarrenal, cava e ilíacas y reconstrucción con un injerto bifurcado confeccionado con pericardio bovino.

Metodología: Presentación de caso clínico.

Resultados: Mujer de 37 años pluripatológica con síndrome de Lynch II, ADC endometrial tipo I tratado con Quimio y braquiterapia en 2021, colocación de varios catéteres doble J por hidronefrosis y nefrectomía derecha con linfadenectomía retroperitoneal en 2022. En 2024 se le realiza un TAC donde se objetiva masa de 4,3 cm de diámetro con necrosis central en retroperitoneo ocupando el espacio interaórtico cava y alcanzando caudalmente la bifurcación ilíaca. En angio-TAC se visualiza conglomerado adenopático tumoral retroperitoneal aumentado de tamaño respecto al estudio previo y con signos de infiltración tumoral vascular, tanto de vena cava inferior como de aorta infrarrenal e ilíacas primitivas. Se presenta en comité multidisciplinar y se realiza resección de tumor retroperitoneal, resección de aorta infrarrenal y ambas ilíacas primitivas, resección de vena cava infrarrenal y ambas ilíacas primitivas, reconstrucción aortoiliaca con prótesis bifurcada confeccionada con pericardio bovino, resección duodenal y anastomosis duodenal latero-lateral. La cirugía se realiza sin incidencias reseñables y no se objetiva resto macroscópico tumoral. Posterior a la cirugía ingresa en UCI siendo reintervenida en las primeras horas a causa de una perforación duodenal y fístula biliar. La evolución posterior es favorable en planta. Actualmente estable, asintomática desde el punto de vista vascular, sin edemas y ha iniciado quimioterapia adyuvante.

Conclusiones: Este caso de cirugía abierta oncovascular pone de relieve la importancia de conocer y formarse en técnicas de cirugía abierta en escenarios de alta complejidad en los que el manejo endovascular no es una opción y enfatiza la importancia del manejo multidisciplinario.

P 18. WEB CAROTÍDEO BILATERAL COMO CAUSA DE ICTUS EN UNA MUJER JOVEN. A PROPÓSITO DE UN CASO

Rubén Castilla Salar, Ignacio Michel Guisasola, Gabriela Marisol Ibarra Sánchez, Fausto René Romero Sarmiento, Manuel Santiago Elías, José Antonio González Fajardo

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Objetivos: Describir un caso clínico de un *web* carotídeo como causa infrecuente de ictus.

Material: Presentamos un caso de una mujer de 48 años con clínica de afasia y hemiplejía de extremidades derechas de 1 hora de evolución.

Metodología: En prueba de imagen urgente se objetiva: Oclusión en división superior de M2 de la arteria cerebral media izquierda. Dos bandas carotídeas en ambas arterias carótidas comunes previas a la bifurcación (*web* carotídeo bilateral). Reinterrogando a la paciente refiere ser víctima de violencia de género y no se puede descartar que el *web* carotídeo sea de origen traumático.

Resultados: Se realiza fibrinólisis y trombectomía mecánica con buena evolución neurológica posterior. Dada la presencia de *web* carotídeo bilateral y tras descartar otras etiologías del ictus, se realiza tromboendarterectomía carotídea izquierda sin incidencias intraoperatorias. Se decide manejo conservador y vigilancia del *web* carotídeo derecho. Actualmente la paciente se encuentra asintomática desde el punto de vista neurológico.

Conclusiones: El *web* carotídeo es una variante intimal atípica de la displasia fibromuscular caracterizada por una hiperplasia intimal focal que se origina en la pared posterior del bulbo carotídeo y se proyecta en la luz arterial. Se ha identificado como una causa poco frecuente de ictus isquémico recurrente en personas jóvenes, especialmente mujeres, en las que se han descartado otras etiologías. A pesar de que las guías actuales no ofrecen directrices definitivas sobre el tratamien-

to óptimo de esta patología, se puede considerar el tratamiento quirúrgico abierto o endovascular en pacientes sintomáticos para prevenir ictus recurrentes.

P 119. MANEJO DEL SÍNDROME DE PAGET-SCHROETTER EN DEPORTISTA DE ELITE

Arturo Ferreiro-Mazón García-Plata, Fernando Benito Mira, Lucas Álvarez García, Manuel Javier Vallina-Victorero Vázquez, Silvia Maqueda Ara, Andrés Álvarez Salgado

Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón, Asturias

Objetivos: El Síndrome de Paget-Schroetter es una condición caracterizada por la compresión y trombosis primaria de la vena axilosubclavia dentro del espacio costoclavicular. Es una patología que afecta principalmente a atletas jóvenes que realizan movimientos repetitivos y prolongados con los brazos elevados. Analizamos el caso de un piragüista con TVP de miembro superior, tratado mediante fibrinólisis y angioplastia, así como una adaptación del entrenamiento para prevenir recurrencias.

Material: Se presenta el caso de un varón de 17 años, deportista de élite, con una trombosis venosa profunda del miembro superior derecho por Síndrome de Paget-Schroetter.

Metodología: Se realiza inicialmente tromboectomía hemorreológica de vena subclavia y axilar. Posteriormente, se utiliza el IVUS identificándose una pérdida significativa de calibre de la vena subclavia a nivel del desfiladero torácico, con persistencia de restos trombóticos. En base a estos hallazgos, se decide realizar fibrinólisis dirigida con catéter en perfusión continua durante 24 horas. Tras las 24 horas, se realiza flebografía de control visualizando resto de trombo a nivel de vena subclavia, por lo que se decide realizar angioplastia a ese nivel, con mejoría de la imagen de ocupación. Teniendo en cuenta la edad y la condición deportiva del paciente, se decide no optar por intervenciones más agresivas. Para minimizar el riesgo de recurrencia, se contactó con

el equipo técnico del deportista para modificar su entrenamiento, promoviendo una transición hacia un enfoque más funcional, reduciendo la carga sobre la cintura escapular y optimizando la biomecánica del gesto deportivo.

Resultados: El tratamiento con fibrinólisis y angioplastia logró una mejoría significativa del flujo venoso sin necesidad de *stent*, permitiendo una recuperación funcional adecuada. Tras seis meses de anticoagulación, el paciente se encuentra asintomático y en la ecografía de control se aprecia una resolución total de la trombosis.

Conclusiones: El manejo del Síndrome de Paget-Schroetter en el deportista de élite requiere un enfoque multidisciplinar. La combinación de fibrinólisis y angioplastia sin *stent* demostró ser una opción efectiva para restaurar la permeabilidad venosa y evitar complicaciones. Además, la adaptación del entrenamiento resulta fundamental para prevenir recurrencias y optimizar el rendimiento del deportista.

P 197. LOCALIZACIÓN ATÍPICA DE SEUDOANEURISMA MICÓTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Julián David Flórez García, Oliver Bonnelly González, Lucía Sánchez Molina, Sara Cristeto Merchán, José Antonio Carnicero Martínez, Roberto Salvador Calvo
Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca

Objetivos: El pseudoaneurisma micótico del tronco tibio-peroneo es excepcional en la bibliografía, la mayoría se originan por infecciones gastrointestinales o endocarditis embolicas implantándose en arterias periféricas como troncos viscerales y la bifurcación de arteria femoral común, muy rara vez se encuentra émbolos en regiones más distales.

Material: Varón de 76 años anticoagulado por Trombosis venosa profunda (TVP) que ingresa en el servicio de Medicina Interna con diagnóstico de sepsis, objetivando como único foco celulitis en la rodilla y pierna del miembro inferior derecho. Se rea-

liza Eco-Doppler sin hallazgos patológicos y recanalización completa de la TVP. Se obtiene hemocultivo positivo para *Salmonella* grupo C. Debido a la no mejoría con antibiótico dirigido por 15 días, se solicitan nuevas imágenes diagnósticas, detectando pseudoaneurisma multilobulado dependiente de tronco tibio-peroneo, por lo que se realiza cirugía urgente.

Metodología: Se realiza resección de pseudoaneurisma e Injerto poplíteo-tibial posterior supramaleolar con vena safena externa invertida, sin complicaciones.

Resultados: Fue dado de alta al décimo cuarto día posoperatorio, con cultivos de microbiología negativo y empastamiento residual, linfedema secundario y pulso tibial posterior. Durante el seguimiento con antibiótico terapia oral, presento mejoría del edema de miembro inferior sin dolor en reposo y *bypass* permeable.

Conclusiones: Los troncos distales son localizaciones excepcionales para el pseudoaneurisma micótico, que puede demorar su diagnóstico, aumentando la probabilidad de secuelas graves. Aun así, un manejo quirúrgico abierto continúa siendo una excelente opción terapéutica.

P 212. TEVAR RAMIFICADO CON SELLADO EN ZONA 2 COMO TRATAMIENTO DEL SÍNDROME AÓRTICO AGUDO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Alicia Fernández Eyaralar, Simón Acosta López, Irene López Arquillo, Jorge Vidal Rey, Javier Fernández Lorenzo, José Manuel Encisa de Sá
Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Vigo, Pontevedra

Objetivos: Revisión del tratamiento del síndrome aórtico agudo (SAA), en pacientes sin zona de sellado, con endoprótesis aorta torácica (TEVAR) ramificado con sellado en zona 2.

Material: Paciente varón de 81 años, anticoagulado por fibrilación auricular, con antecedentes de aneu-

rismas de aorta torácica ascendente, úlcera aórtica torácica descendente y aneurisma de aorta abdominal tratados mediante Bentall, TEVAR y EVAR, en 1999, 2017 y 2022 respectivamente. Acude remitido de otro centro por rotura contenida de aorta descendente distal a TEVAR previo. Al tratarse de un paciente sin posibilidad de sellado en zona 3, se decide colocación de endoprótesis mono-ramificada a subclavia izquierda con sellado en zona 2 y proximal a tronco celiaco (CASTOR 40x34x200 mm + Gore CTAG 37x37x200 mm), disminuyendo el riesgo de paraplejía por isquemia medular.

Metodología: Presentación de un caso clínico y revisión de la bibliografía.

Resultados: En el posoperatorio el paciente se mantuvo estable, sin necesidad de soporte hemodinámico ni respiratorio Sin datos de complicaciones sistémicas o neurológicas por isquemia medular o ictus. En el angio-TAC de control se objetiva endoprótesis normoposicionada, con correcta exclusión de la rotura contenida y permeable. A nivel de arteria subclavia izquierda se objetiva disección distal a *stent*. Se le dio el alta domiciliaria al 4.º día posoperatorio.

Conclusiones: Las endoprótesis con rama a la subclavia y sellado en zona 2 permiten el tratamiento de aneurismas torácicos reduciendo el riesgo de isquemia medular y la morbilidad asociada a la revascularización con *bypass*. El aumento de su uso programado y mayor disponibilidad permite considerar estas prótesis para el tratamiento de paciente con SAA con los beneficios asociados, aunque hacen falta mas estudios para confirmar estos resultados a medio-largo plazo.

P 228. AORTITIS TUBERCULOSA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Sofía Hernández Pérez, Lia Postius Echeverri, Alejandro Medina Galindo, Agustín Medina Falcon, Ferran Pla Sánchez, Efrén Martel Almeida, Guido Volo Pérez
Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria

Objetivos: La afectación del sistema cardiovascular en forma de aortitis por parte de *M. tuberculosis* (MTB) es poco frecuente, con una incidencia del 0.3 %, siendo el aneurisma micótico su presentación clínica más frecuente.

Material: Varón de 81 años, con antecedente de carcinoma urotelial tratado mediante resección transuretral (RTU) e instilación de BCG. Es intervenido por una úlcera penetrante aórtica infrarrenal de 29 mm de diámetro implantándose un *stent* cubierto Begraft® aórtico (Bentley®). En estudio por síndrome constitucional dos años más tarde se evidencia degeneración aneurismática de aorta infrarrenal de 41 mm de diámetro (proximal al *stent* previo), junto con aparición de una úlcera penetrante en aorta torácica proximal de 8 mm, y en íliaca común izquierda (AICI) de 9 mm. Ante la sospecha de un cuadro infeccioso se solicita PET-TAC en el que se evidencia captación compatible con aortitis infecciosa en aorta torácica e infrarrenal hasta la AICI. Pese a los estudios serológicos y hemocultivos negativos, se inició antibioterapia empírica con meropenem.

Metodología: Durante el estudio preoperatorio presenta una colecistitis gangrenosa con shock séptico secundario e ingreso prolongado en UCI, por lo que se descartó la cirugía abierta y se planteó la exclusión endovascular para evitar complicaciones a corto plazo.

Resultados: En un mismo acto se implantó una endoprótesis torácica (Gore® TAG®) y un EVAR (Gore® Excluder® conformable) para la exclusión de los defectos, sin ser necesario el tratamiento de la aorta visceral por encontrarse libre de enfermedad. Durante posoperatorio inmediato presenta un deterioro clínico que precisa ventilación mecánica invasiva y terapia renal sustitutiva sin respuesta, siendo éxitus a las 48 horas. De forma *posmortem* se aísla en hemocultivos previos cepas de MTB *complex*.

Conclusiones: Dada la dificultad en el aislamiento microbiológico para MTB, se requiere un alto grado de sospecha en pacientes con antecedentes de

tuberculosis o instilación intravesical de BCG, y hallazgos radiológicos sugestivos de aortitis con hemocultivos persistentemente negativos. Aunque el tratamiento endovascular no es útil para el control de la enfermedad, junto con antibioterapia prolongada puede plantearse como tratamiento paliativo para evitar la ruptura a corto plazo.

P 24. COMPLICACIÓN AÓRTICA EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA UROLÓGICA. RESOLUCIÓN

Noemi Ortega Hernández, Marina Magán Taravilla, Lydia Rosa Rodríguez Rodríguez, Francisco Javier Molina Herrero, Gracia Perfecto Rodríguez Feijoó, Iria Fernández Álvarez
Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. Ourense

Objetivos: Una de las complicaciones más temibles en la cirugía laparoscópica es la lesión de grandes vasos. Afortunadamente su incidencia ronda entre 1 de cada 1000 casos. La causa suele ser multifactorial (dependientes del equipo quirúrgico o por dificultades técnicas). En la cirugía urológica el abordaje más frecuente es el retroperitoneal, con exposición de los grandes vasos y sus principales ramas.

Material: Se presenta el caso de un varón de 71 años, obeso, hipertenso y dislipémico, el cual, en una intervención quirúrgica programada de nefrectomía radical izquierda por Ca renal, sufre una lesión iatrogénica de la aorta a nivel de la arteria mesentérica superior (AMS). El paciente presenta inestabilidad y shock hemorrágico, requiriendo transfusión y manejo con drogas vasoactivas a altas dosis. Con estos hallazgos se procede a la sutura hemostática de la rotura aórtica sobre el *ostium* de la AMS y revascularización de AMS mediante *bypass* retrógrado Aorto-AMS en su tercio proximal con PTFE de 6 mm.

Metodología: En días posteriores el paciente presenta un deterioro progresivo de la función renal por lo que se solicita angio-TC que muestra esteno-

sis irregular de la luz aórtica superior al 50 % correspondiente a la sutura aórtica urgente entre el tronco celíaco y la arteria renal derecha que condiciona bajo flujo al riñón derecho, estando el *by-pass* aorto mesentérico permeable. Ante estos hallazgos se decide la realización de *Bypass* tóraco-biliáico a ambas arterias ilíacas comunes para mejorar la perfusión retrógrada y, al mismo tiempo, asegurar la perfusión del *bypass* de AMS y en miembros inferiores, evitando la isquemia.

Resultados: Tras la intervención el paciente recupera la función renal y evoluciona favorablemente. Acude a revisión en consultas externas asintomático.

Conclusiones: El manejo de este tipo de complicaciones requiere de un abordaje emergente para controlar el punto de sangrado y, disminuir así, la probabilidad de éxitus por hipovolemia aguda. La lesión de grandes vasos requiere la conversión del abordaje laparoscópico a abierto, con el que se pretende controlar adecuadamente los vasos dañados, identificar la lesión y proponer la actitud quirúrgica en función del tipo de lesión y vaso afectado.

P 55. INJERTOS EN SELLO EN ÚLCERAS DE DIFÍCIL CICATRIZACIÓN

Ana Mayor Díaz, Marta Gutiérrez Nistal, Nieves Aleicel Concepción Rodríguez, Teresa Hernández Ruiz, Verónica Carolina Morillo Jiménez, Clara Plaza Pelayo, Álvaro Fernández Heredero
Hospital Universitario La Paz. Madrid

Objetivos: Los microinjertos en sello favorecen la cicatrización de las heridas y se han asociado con una reducción significativa del dolor. Nuestro objetivo es analizar si el uso de microinjertos en sello es seguro y mejora el control del dolor en pacientes con úlceras vasculares crónicas de difícil cicatrización tras tratamiento estándar.

Material: Estudio observacional en el que se incluyeron 15 pacientes con úlceras crónicas y con mal control del dolor a pesar de curas convencio-

nales. Se recogieron datos demográficos, la etiología de la úlcera, la intensidad del dolor antes y después del procedimiento utilizando la Escala Visual Analógica (EVA), el tiempo de cicatrización (meses) y las complicaciones asociadas al procedimiento.

Metodología: Los cambios en la EVA se analizaron aplicando el test de Wilcoxon.

Resultados: La mediana de edad fue de 76 años (DE: 9.66). Todos los pacientes tenían al menos dos factores de riesgo cardiovascular. El 17.6 % presentaron úlceras bilaterales. El 47.1 % de las úlceras fueron arteriales, el 29.4 % venosas y el 23.5 % mixtas. El 76 % presentaban úlceras crónicas con una mediana de duración de estas antes de la aplicación de los microinjertos en sello de 24 meses (DE: 15.17). El 29.41 % de los pacientes lograron una cicatrización completa con una mediana de tiempo de duración tras el procedimiento fue de 4.99 meses (DE: 4.6). La media en la EVA antes del procedimiento fue de 8.94 (DE: 1.82) y de 4.65 (DE: 3.4) después. Se observó una reducción estadísticamente significativa ($p = 0.0076$) tras el procedimiento. La complicación más frecuente fue la infección local (6 %). No se han descrito complicaciones sistémicas en esta serie.

Conclusiones: Los injertos en sello son un tratamiento seguro que puede ayudar en el control del dolor asociado a las úlceras vasculares crónicas.

P 78. REPORTE DE UN CASO: PSEUDOANEURISMA EN INJERTO RENAL

Luis Esteva Muñoz, Daniela Acuña Paz y Miño, Alejandra Vázquez Tolosa, Marina Gracia Sobradiel, José Manuel Buisán Bajardí, Cristian Inglés Sanz
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

Objetivos: Presentar un caso clínico que precisó de una técnica quirúrgica altamente compleja, ante un paciente con pseudoaneurisma ilíaco con injerto renal previo.

Material: Paciente de 74 años, con antecedente de trasplante renal en 1994, que durante el seguimiento postrasplante se sospecha de aneurisma ilíaco. Se solicita angio-TC donde se visualiza aneurisma ilíaco común de más de 5 centímetros, asociado a una estenosis focal de la arteria renal del injerto.

Metodología: Entre las opciones terapéuticas posibles, se descarta la opción de colocación de endoprótesis convencional ante ausencia de cuello distal de anclaje. Se descarta una endoprótesis customizada ante imposibilidad de ajuste de diámetros y cuellos arteriales. Por consiguiente, se decide cirugía abierta basada en resección de aneurisma ilíaco con injerto de Dacron y reimplantación de injerto renal. En caso de severa fibrosis que nos impidiera su disección, se plantearon opciones subóptimas como: embolización endovascular del aneurisma con *bypass* cruzado o *kissing stentgraft* con *stent* renal balón expandible.

Resultados: Mediante una incisión de Pfannestiel, se lleva a cabo una maniobra de Cattell-Braash para posterior disección de arteria ilíaca común, externa, interna e injerto renal. A continuación, se realiza una arteriotomía de arteria ilíaca común derecha, evidenciando que se trata de un pseudoaneurisma ilíaco. Ante ausencia de cara posterior se progresa la arteriotomía cranealmente hacia aorta, para posterior anastomosis termino-lateral de Dacron 10 mm sobre arteria ilíaca común-aorta. Debido a mala calidad arterial de la ilíaca común, se decide reimplantar la arteria renal de trasplante en punch sobre el Dacron 10 mm, evidenciando que se trata de una disección arterial renal. Ante imposibilidad de anastomosis distal sobre bifurcación ilíaca, se decide anastomosis termino-lateral sobre arteria femoral común, mediante anastomosis termino-terminal del Dacron de 10 mm con un Dacron de 8 mm. Durante el posoperatorio, presenta necrosis tubular aguda con resolución completa y seroma inguinal que precisó de revisión de herida quirúrgica.

Conclusiones: Pseudoaneurisma ilíaco común en paciente con previo antecedente de trasplante renal que no pudo resolverse mediante técnicas endovasculares, siendo la cirugía abierta la única opción óptima posible.

P 172. PSEUDOANEURISMA POSTRAUMÁTICO DE LA ARTERIA TIBIAL ANTERIOR: A PROPÓSITO DE UN CASO

Paula Casellas de Miguel, Víctor Martínez Valiente, Claudia Riera Hernández, Mireia Cabot Parades, Miquel Gil Olaria, Carlos Esteban Gracia
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona

Objetivos: Un pseudoaneurisma es una colección de sangre contenida por la adventicia del vaso sanguíneo o los tejidos circundantes. Puede evolucionar y romperse, lo que requiere un diagnóstico y tratamiento urgente para evitar complicaciones graves. Las principales causas etiológicas son los procedimientos percutáneos, infecciones o traumatismos. Estos últimos debido a accidentes de tráfico, heridas de arma blanca o fuego. Este trabajo tiene como objetivo demostrar la eficacia de la cirugía híbrida mediante un caso clínico.

Material: Se describe el caso de un varón de 27 años que sufrió una herida incisa por arma blanca a nivel pretibial de la pierna derecha, inicialmente orientada como una herida superficial que se cerró con grapas en otro centro.

Metodología: Nueve días después, por clínica de dolor y pérdida sensitivo-motora en el primer dedo de la misma extremidad, es derivado a nuestro centro, donde en urgencias se objetiva una masa pulsátil a nivel de la cicatriz. Un Doppler arterial y angio-TC confirmaron la presencia de un pseudoaneurisma fusiforme de la arteria tibial anterior, por lo que se decidió realizar una intervención quirúrgica urgente para reparar la lesión vascular.

Resultados: Se realizó una cirugía híbrida urgente. La arteriografía diagnóstica objetivó una perforación a nivel de la ATA, por lo que se realizó un clampaje endovascular con un balón a nivel proximal de la arteria, y posteriormente se realizó un abordaje abierto, exponiéndose y reparándose la arteria mediante un *bypass* con vena safena interna invertida. Una arteriografía de control confirmó la correcta permeabilidad del *bypass*, resultando la cirugía

exitosa y sin complicaciones. El posoperatorio fue favorable, mejorando progresivamente la clínica neurológica. El paciente fue dado de alta tras tres días de reposo con tratamiento antiagregante.

Conclusiones: La intervención quirúrgica precoz es fundamental para evitar complicaciones graves. En los casos donde el control proximal es dificultoso, sea por la localización o por las características anatómicas del defecto, el clampaje endovascular es una técnica de recurso que puede reducir el sangrado y otras complicaciones en la disección. La cirugía híbrida ha emergido como una estrategia clave, al integrar técnicas endovasculares y abiertas para una reparación vascular más precisa, eficiente y segura.

P 186. SÍNDROME DE TWIDDLER EN BAROSTIM: A PROPÓSITO DE UN CASO

Elena María Déniz Hernández, Sofía Hernández Pérez, Ángel Galindo Cordero, Agustín Medina Falcón, Serguei Ricardovich de Varona Frolov, Guido Volo Pérez

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

Objetivos: El síndrome de Twiddler es una complicación poco frecuente que está descrita en pacientes portadores de desfibrilador implantable, con una incidencia de aproximadamente el 0,07 %, y que recientemente se ha descrito en pacientes con Barostim, tras la manipulación del generador por parte del paciente. Este puede provocar la disfunción de la terapia y por lo tanto tener un impacto negativo en la salud del paciente.

Material: Mujer de 57 años con insuficiencia cardíaca (ICC) estadio C de la AHA/ACC, FEVI < 35 % y NYHA III, de etiología no isquémica, con implante de DAI monocameral en noviembre de 2023 y con múltiples ingresos por descompensación, intervenida en febrero de 2024 para implantación de Barostim que presenta Síndrome de Twiddler en diciembre de 2024.

Metodología: La paciente es remitida desde el servicio de cardiología de nuestro centro por disfunción del generador de la terapia de activación del barorreceptor carotídeo y hallazgo en una radiografía de tórax de rotación del dispositivo y del cable.

Resultados: Se decide cambio del cable del Barostim, realizándose de forma programada el recambio de electrodo a la carótida izquierda. Durante la intervención, se objetivan que los nudos de las 2 suturas que fijan el dispositivo generador de la cirugía previa están deshechos, el electrodo con múltiples bucles, roto en la porción vertical, y a nivel anatómico, una bifurcación carotídea izquierda verticalizada que dificulta el mapeo previo a la colocación del electrodo. La cirugía se produce sin incidencias, presentando buena evolución de las heridas en el posoperatorio. Es valorada por última vez en Hospital de Día, presentando disnea NYHA III, leve edema en miembros inferiores, molestias en el cuello durante la noche y precisando ajustar la amplitud de la terapia a 5,4 Hz, ya que con valores mayores presenta zumbido en el oído izquierdo.

Conclusiones: El síndrome de Twiddler es una complicación rara de la implantación de dispositivos como marcapasos, aunque también puede ocurrir en otros, como el Barostim. En la mayoría de los casos descritos ocurre por la manipulación del propio paciente, por ello se recomienda tras la cirugía a los pacientes, no manipular el dispositivo para evitar la traslocación del mismo.

P 224. REPARACIÓN QUIRÚRGICA DE ANEURISMAS DE ARTERIA HUMERAL EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE ACCESO VASCULAR PARA HEMODIÁLISIS: A PROPÓSITO DE 5 CASOS

Alba Amaré Chimenos, Begoña Gonzalo Villanueva, Emma Espinar García, Siloé Geraldine Palacios Maldonado, Robert Josua Cedeño Peralta, Elena Iborra Ortega

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

Objetivos: Los aneurismas de arteria humeral (AAH) son una complicación infrecuente pero severa de las fístulas arteriovenosas (FAV) durante el seguimiento a largo plazo, con una incidencia de hasta un 4.5 %. El propósito de este estudio es presentar cinco casos clínicos de reparación quirúrgica de AAH en pacientes portadores de FAV.

Material: Descripción de cinco casos clínicos y búsqueda de la literatura.

Metodología: De manera retrospectiva, se ha revisado la casuística de las cirugías de reparación de AAH en pacientes con antecedente de FAV para hemodiálisis y trasplantados renales, recogidos de manera prospectiva en una base de datos.

Resultados: Se presenta una serie de cinco casos clínicos de un 100 % de pacientes masculinos con media de edad de 60.2 años, trasplantados renales y portadores de FAV radio-cefálica o húmero-cefálica para hemodiálisis que posteriormente se desconectaron en cuatro de los casos por causas diversas. Durante el seguimiento posterior, se detectó AAH en rango quirúrgico (> 20 mm) o con complicaciones, motivo por el que se intervinieron.

- *Caso clínico 1:* dilatación de arteria humeral de por punciones arteriales en diálisis, con aumento progresivo del diámetro hasta 43 mm y pérdida de flujo en arteria radial. Se realiza aneurismectomía con interposición de injerto venoso con VSI invertida.
- *Caso clínico 2:* AAH a nivel del codo de 40 mm, con trombosis de arteria radial acompañado de dolor en la mano. Se realiza aneurismectomía con injerto de humeral proximal a cubital proximal con vena safena interna (VSI) invertida.
- *Caso clínico 3:* masa pulsátil en flexura del codo y AAH de 29 mm, realizándose *bypass* húmero-cubital con VSI invertida.
- *Caso clínico 4:* AAH donadora prebifurcación de 50 mm, con isquemia aguda de la mano y oclusión de arteria radial. Se realiza *bypass* de arteria humeral proximal a bifurcación humeral con vena basilíca invertida.
- *Caso clínico 5:* AAH a nivel de la desconexión de 30 mm, realizándose aneurismectomía humeral

y reanastomosis humero-humeral. En todos los casos se ha mantenido la permeabilidad del injerto venoso durante el seguimiento.

Conclusiones: La cirugía de aneurismectomía e injerto venoso es la técnica de preferencia en el tratamiento de los AAH, debido a una mayor permeabilidad y menor morbilidad.

P 19. PACIENTE CON LEIOMIOSARCOMA DE VENA CAVA INFERIOR. MANEJO MULTIDISCIPLINAR

Rubén Castilla Salar, Ignacio Michel Guisasola, Fausto René Romero Sarmiento, Manuel Santiago Elías, Víctor Martínez Vales, José Antonio González Fajardo
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Objetivos: Describir un caso clínico de un leiomioma de vena cava inferior (VCI) y la necesidad de realizar un abordaje multidisciplinar de dicha patología.

Material: Mujer de 60 años derivada por hallazgo incidental de masa en VCI de 12x5 cm que se extiende desde la porción más proximal de la VCI hasta las venas renales, hallazgos sugestivos de leiomioma de VCI. La paciente se encuentra asintomática.

Metodología: Comentado en Comité de Tumores, se decide intervención quirúrgica mediante un abordaje conjunto entre Cirugía Vascular, Cirugía General y Urología.

Resultados: Se realiza laparotomía media. Localización de venas renales, VCI y venas retrohepáticas y suprahepáticas. Se observa que el tumor sobrepasa las zonas de drenaje de ambas venas renales sin afectar la pared de la VCI a la altura de las suprahepáticas. Sección de vena renal izquierda. Nefrectomía derecha para autotrasplante posterior en fosa ilíaca derecha. Clampaje de VCI a nivel infrarrenal y por debajo de las venas suprahepáticas. Ligadura y sección de vena cava a ambos niveles

con posterior resección de la misma y del tumor. Reconstrucción de VCI con injerto de PTFE 20 mm al que se sutura un tubo de parche de pericardio para reconstrucción de vena renal izquierda. Anastomosis en T/T en VCI y en vena renal izquierda. Posteriormente se realiza autotrasplante de riñón derecho en fosa ilíaca derecha. No incidencias intraoperatorias. Durante el seguimiento se objetiva permeabilidad del injerto de VCI y de ambas venas renales con riñones normofuncionantes. Actualmente en tratamiento con quimioterapia adyuvante y con ausencia de recidivas tumorales.

Conclusiones: El leiomioma vascular primario es un tumor maligno poco frecuente que constituye el 2 % de todos los leiomiomas, siendo la VCI su principal localización. El diagnóstico precoz es difícil debido a que presenta un crecimiento lento y síntomas inespecíficos. Se ha demostrado que la colaboración interdisciplinar mejora significativamente el tratamiento y que la reconstrucción de la VCI puede mejorar las tasas de supervivencia posoperatoria. Aunque la quimioterapia puede ser considerada como un tratamiento adyuvante, su papel en la mejora de la supervivencia aún no está establecido.

P 27. USO DE EVAR EN ANATOMÍAS ATÍPICAS, A PROPÓSITO DE UN CASO. PSEUDOANEURISMA ANASTOMÓTICO CON TROMBOSIS DE RAMA EN UN BYPASS AORTOBIFEMORAL

Laura Juárez Alonso, Teresa Reyero Postigo, Ilsem Laime Álvarez, David Fernández Caballero
Hospital Universitario de Torrejón. Torrejón, Madrid

Objetivos: Describir una técnica de recurso para el manejo del pseudoaneurisma anastomótico en un *bypass* aortobifemoral previo, complicado con trombosis de una de sus ramas, mediante la reparación endovascular (EVAR).

Material: Paciente masculino de 64 años pluripatólogo, destacando antecedente de cardiopatía isquémica severa parcialmente revascularizada, cirugía carotídea bilateral, intento de revascularización

mesentérica y *bypass* aortobifemoral en 2007 por enfermedad arterial oclusiva crónica. Reintervenido en 2015 por pseudoaneurisma anastomótico femoral izquierdo y en 2022 por trombosis de rama derecha realizándose trombectomía y extensión a arteria femoral profunda. Acude en agosto-24 a Urgencias por isquemia aguda del miembro inferior derecho Rutherford IIB. El angio-TC evidenció un pseudoaneurisma anastomótico de 34 mm en la anastomosis proximal del injerto con abundante trombo mural asociado y oclusión de la rama derecha del *bypass*, por lo que se decidió cirugía urgente.

Metodología: Se realizó primeramente trombectomía de la rama derecha y arteriografía intraoperatoria en la que se observa el pseudoaneurisma descrito y trombo mural con compromiso de flujo en la rama derecha del *bypass*. Salida por arteria femoral profunda con buena colateralidad a nivel poplíteo. Dado los hallazgos, se implantó una endoprótesis aórtica bifurcada para excluir el pseudoaneurisma, así como el trombo asociado, sellando proximalmente en aorta infrarrenal sana proximal al pseudoaneurisma y distalmente en ambas ramas del *bypass* aortobifemoral.

Resultados: El procedimiento se realizó sin incidencias intraoperatorias. La arteriografía final confirmó la exclusión del pseudoaneurisma y del trombo, con restablecimiento del flujo en ambas ramas del *bypass*. El paciente evolucionó favorablemente, sin presentar complicaciones, siendo dado de alta a los 4 días de la cirugía. En el angio-TC de control se observa normoposicionamiento de la endoprótesis, sin defectos a nivel de los anclajes, ni restos de trombo ni signos de endofuga. Sin incidencias clínicas en el seguimiento a los 6 meses.

Conclusiones: La utilización de endoprótesis bifurcadas en anatomías atípicas puede ser un recurso para evitar cirugía abierta de reintervención en pacientes de alto riesgo quirúrgico y elevada morbimortalidad. El EVAR puede ser una estrategia efectiva para el tratamiento de las complicaciones de pacientes con *bypass* aortobifemoral como el pseudoaneurisma anastomótico, incluso en presencia de trombo mural.

P 37. ANEURISMA GIGANTE DE ARTERIA HEPÁTICA Y ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL SACULAR CONCOMITANTES. TÉCNICA HÍBRIDA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Marina Magán Taravilla, Noemi Ortega Hernández, Lydia Rosa Rodríguez Rodríguez, Francisco Javier Molina Herrero, Manuel Ángel Trillo Lista, Gracia Perfecta Rodríguez Feijoó
Complejo Hospitalario de Ourense. Ourense

Objetivos: Los aneurismas de arteria hepática (AAH) son infrecuentes, representando un 20 % de los aneurismas de arterias viscerales. La mayoría no presentan clínica, siendo su diagnóstico mayoritariamente incidental. La concomitancia de AAH y aneurisma de aorta abdominal (AAA) es muy infrecuente. En ambas entidades la etiología principal es la aterosclerosis; pero también pueden tener etiología infecciosa o traumática.

Material: Varón de 71 años con hiperplasia de próstata, trastorno motor intestinal, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y dislipemia, que es hospitalizado por episodio de diverticulitis no complicada Hinchey Ia. En las pruebas de imagen, se diagnostica AAA sacular de 37 mm y aneurisma de arteria hepática derecha sacular de 73 mm a nivel intra y extrahepático. El episodio de diverticulitis es tratado de forma conservadora con antibioterapia.

Metodología: En un primer tiempo, realizamos un tratamiento endovascular consistente en la embolización del saco aneurismático con *coils* e implante de *stent* autoexpandible en arteria hepática derecha; 17 días más tarde, en un segundo tiempo, se realiza una nueva embolización del saco aneurismático con *coils*, ante la presencia de flujo en el TC control. En el posoperatorio inmediato presenta elevación de enzimas hepáticas sin clínica asociada y se confirma, en pruebas de imagen, la exclusión aneurismática con trombosis de la arteria hepática derecha. En un tercer tiempo, se realiza aneurisectomía del AAA e injerto sustitutivo aorto-aórtico con prótesis de dacron; sin complicaciones relevantes en el posoperatorio inmediato.

Resultados: En el seguimiento el paciente presenta un episodio de síndrome febril, junto con epigastralgia y anorexia como clínica principal; el diagnóstico, mediante pruebas de imagen, es de diverticulitis, tromboflebitis portal complicada con absceso periportal y colección periaórtica. Ante el diagnóstico de aortitis inflamatoria/infecciosa se decide tratamiento conservador a nivel quirúrgico y cobertura de amplio espectro por el servicio de infecciosas. Durante el seguimiento posterior, se objetiva disminución de colecciones en pruebas de imagen y prácticamente remisión sintomatológica. Ante la evolución, la etiología infecciosa es de alta sospecha.

Conclusiones: El algoritmo de tratamiento de los AAH indica intervención con diámetro mayor a 20 mm. Considerar en AAH de gran tamaño la posible etiología infecciosa, puede ser de ayuda en la toma de decisiones.

P 112. ENFERMEDAD QUÍSTICA ADVENTICIAL DE LA ARTERIA POPLÍTEA

Ainhoa Figuérez Marcos, Roger Puigmacià Minguell, Inés Castillo Díaz, Víctor Armesto Rivas, Enrique Manuel-Rimbau Muñoz, Pascual Lozano Vilardell
Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca

Objetivos: Descripción de un caso clínico de enfermedad quística adventicial de la arteria poplítea.

Material: Revisión retrospectiva de datos clínicos, radiológicos y terapéuticos del paciente.

Metodología: Varón de 37 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, que acude a Consultas Externas de Cirugía Vascular derivado de Traumatología por clínica de claudicación intermitente gemelar izquierda invalidante a cortas distancias durante el ejercicio físico de meses de evolución. A la exploración física, presenta pulso pedio en extremidad derecha y pulso femoral con poplíteo sin distales en extremidad izquierda. Se realiza ITB con resultado de 1 en miembro inferior derecho y de 0.6 en izquierdo. Se lleva a cabo una

ecografía Doppler con hallazgo de imagen quística anecoica a nivel de segunda porción poplítea con curvas trifásicas a nivel de arteria femoral y monofásicas a nivel de troncos distales. Se solicita angio-TAC y angio-RMN donde se describe quiste multitabicado en el hueco poplíteo de 2.8 x 4 cm en íntimo contacto con arteria y vena poplítea que provoca estenosis > 50 % a nivel de arteria poplítea en su segunda porción sugestivo de quiste adventicial. Se realiza intervención quirúrgica mediante abordaje poplíteo posterior en "S" itálica con exéresis completa del quiste adventicial y de dos quistes adyacentes más de menor tamaño sin observar lesión arterial residual que precise reparación.

Resultados: En el posoperatorio inmediato el paciente recupera pulso pedio con ITB de 1 bilateral y desaparición de la clínica de claudicación intermitente. Al año de seguimiento el paciente continúa asintomático con curvas trifásicas a nivel de arteria poplítea y distales y sin signos de recidiva en el TC de control.

Conclusiones: La enfermedad quística adventicial es una enfermedad poco prevalente que se presenta típicamente como claudicación intermitente soleogemelar, unilateral y rápidamente progresiva en un hombre joven y sin factores de riesgo cardiovascular. El diagnóstico diferencial incluye el síndrome de atrapamiento poplíteo, embolias arteriales, arteriopatía aterosclerótica, tromboangiítis obliterante, displasia fibromuscular y vasculitis, entre otros. El tratamiento de elección es la exéresis del quiste en todos los casos. La necesidad de reconstrucción vascular dependerá del grado de afectación arterial, pudiendo requerir un *bypass* o una plastia quirúrgica si existe lesión significativa.

P 142. AORTITIS NATIVA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS COMPLICADA CON PSEUDOANEURISMA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Raquel Fragoso Martín, Cristina Suárez González, Isabel Mosquera Martínez, Alicia Alonso Álvarez
Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. A Coruña

Objetivos: La aortitis nativa es una entidad heterogénea que puede tener un origen infeccioso o no infeccioso (autoinmune, idiopático, entre otros). Su manejo no está estandarizado y requiere un enfoque individualizado y multidisciplinar. El objetivo de este estudio es presentar el caso clínico de un paciente con aortitis infecciosa tratado en nuestro servicio, acompañado de una revisión breve sobre esta patología, sus posibles complicaciones y su abordaje terapéutico.

Material: Revisión de la historia clínica de varón 75 años diagnosticado de aortitis infecciosa en enero de 2025.

Metodología: Descripción del caso clínico a través del análisis de la historia clínica. Además, breve revisión bibliográfica de casos clínicos similares descritos en la literatura a través de la herramienta "Medline".

Resultados: Se presenta el caso de un varón de 75 años con antecedentes de hipertensión, dislipemia y claudicación intermitente, que acude a urgencias con fiebre, dolor lumbar y pérdida de peso de 15 días de evolución. Un TAC urgente revela aortitis de causa indeterminada, sin complicaciones asociadas. El paciente ingresa para estudio, detectándose *Staphylococcus aureus meticilin-sensible* (SASM) en hemocultivos a las 24 horas. Ante la ausencia de signos de alarma, se inicia antibioterapia con vigilancia clínica. Aunque la evolución inicial es favorable, al quinto día desarrolla dolor abdominal intenso. Un nuevo estudio radiológico evidencia un pseudoaneurisma micótico y colección en psoas de gran tamaño, por lo que se realiza intervención urgente con colocación de endoprótesis aórtica y drenaje radiológico del absceso. Pese al tratamiento, el paciente presenta progresión radiológica de la infección, dolor refractario y deterioro analítico. Por lo que, en comité multidisciplinario, se decide realización de nueva intervención quirúrgica. Realizándose finalmente *bypass* axilo-bifemoral, explante de la endoprótesis y desbridamiento amplio de los tejidos afectados. El posoperatorio es favorable, con paciente actualmente de alta domiciliaria con antibioterapia.

Conclusiones: Las aortitis infecciosas son una entidad rara, no obstante, potencialmente mortal. Como hemos descrito en este caso clínico la presentación clínica suele ser inespecífica. La identificación del patógeno y de posibles complicaciones asociadas es clave para determinar el manejo óptimo en estos pacientes, requiriendo siempre de un enfoque multidisciplinario que combine antibioterapia agresiva y reparación quirúrgica.

P 238. LESIÓN IATROGÉNICA DE LA AORTA ABDOMINAL DURANTE CIRUGÍA DE COLUMNA LUMBAR POR VÍA RETROPERITONEAL TRANSPSOAS: REPORTE DE UN CASO

Francina Rocamora Horrach, Agustín Mínguez Bautista, Roger Puigmacià Minguell, Ainhoa Figueres Marcos, Pascual Lozano Vilardell
Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca

Objetivos: Las lesiones vasculares en cirugía de columna lumbar, aunque infrecuentes, pueden ser letales, manifestándose como hemorragias activas o pseudoaneurismas. La reparación endovascular de la aorta abdominal (EVAR) es una alternativa menos invasiva a la cirugía abierta. Este panel describe un caso de lesión iatrogénica aórtica en cirugía lumbar retroperitoneal transpsoas y revisa la literatura sobre su manejo.

Material: Paciente mujer, 66 años, con lesión vascular secundaria a cirugía de columna.

Metodología: Se describe el manejo de las lesiones vasculares iatrogénicas a través de un caso clínico y se realiza una revisión de la literatura sobre dicho tema.

Resultados: Paciente mujer de 66 años con antecedentes de hipertensión, dislipemia y múltiples cirugías de columna. Ingresó en diciembre de 2024 para fusión intersomática lateral extrema (XLIF) L3-L4. Durante la cirugía presentó sangrado intradiscal e hipotensión, controlado con hemostá-

ticos locales, pero la intervención no se completó debido a rotura de ligamento longitudinal anterior e inestabilidad del cajetín intersomático definitivo. En el posoperatorio inmediato, refirió dolor en flanco izquierdo y descenso de 4 puntos de hemoglobina, manteniéndose en todo momento hemodinámicamente estable, sin necesidad de drogas vasoactivas. Se solicitó angio-TC abdominal, que evidenció rotura aórtica en pared posterior de la aorta abdominal infrarrenal (nivel de L3), hematoma periaórtico y extravasación de contraste. Se consultó a cirugía vascular, que tras evaluación indicó reparación endovascular de emergencia. Tras punción femoral bilateral, se implantó una endoprótesis VBX-balón expansible 8x59 mm y se sobredimensionó con balón 16 mm, ajustándose al diámetro máximo de la aorta infrarrenal (13 mm) y aislando el sangrado activo. No se pudo usar una endoprótesis habitual por ser la aorta demasiado pequeña.

Conclusiones: Las lesiones vasculares iatrogénicas en cirugía de columna tienen alta mortalidad (65 %) si no se manejan correctamente. Su incidencia es baja (0,02-0,06 %), predominando en abordajes posteriores (50 %). El enfoque quirúrgico depende de la anatomía del paciente, urgencia, infección y recursos disponibles. La reparación endovascular es una opción efectiva en pacientes estables, mientras que la cirugía abierta sigue siendo necesaria en anatomías complejas o inestabilidad hemodinámica. La literatura respalda ambas estrategias según cada caso.

P 51. MANEJO ENDOVASCULAR DE LA COARTACIÓN AÓRTICA EN UN PACIENTE CRÍTICO

Ana Belloso Villanueva, Aniol Solés Gimbernat, Pau Martínez i Vidal, Paula Benavides dos Santos, Patricia Rodríguez Cabeza, Omar Andrés Navarro
Hospital Universitari Doctor Josep Trueta. Girona

Objetivos: La coartación aórtica es un defecto congénito poco frecuente que, a menudo, se diag-

nostica en la infancia junto a otras alteraciones cardiovasculares. En la edad adulta es raro, y puede darse a la luz en casos avanzados asociados a situaciones críticas para el paciente. Las técnicas endovasculares actuales ayudan a su reparación de forma efectiva y eficaz sin precisar una cirugía abierta en un paciente en situación crítica.

Material: Varón de 40 años que, como antecedentes a destacar, presenta HTA en control con 2 fármacos. Ingresa en cardiología de nuestro centro de manera urgente por presentar edema agudo de pulmón en contexto de insuficiencia mitral severa por rotura de cuerda tendinosa del velo anterior. A pesar de la colocación de un ECMO VAV femoral derecho, Impella CP para descarga del ventrículo izquierdo y reparación quirúrgica de la válvula mitral, el paciente presentó evolución desfavorable con dificultad para control de la tensión arterial y la ventilación pulmonar. Se realizó angio-TC que mostró una coartación aórtica a nivel de la aorta descendente a 3 cm del *ostium* de la arteria subclavia izquierda, con un diámetro mínimo de 9 mm y un diámetro distal a la estenosis de 27 mm.

Metodología: Bajo anestesia general y punción izquierda retrógrada de arteria femoral común izquierda se realizan dilataciones seriadas de la coartación aórtica con balón Atlas de 18 y 22 mm y, posteriormente, implante de Begraft aórtico de 24 mm enrasado inmediatamente posterior al *ostium* de la arteria subclavia izquierda.

Resultados: El paciente presentó en los siguientes días mejoría progresiva del control tensional, así como del soporte ventilatorio, lo que permitió su salida a los pocos días de la UCO. Cuatro semanas tras la intervención fue dado de alta. En el control ambulatorio en consultas externas a los dos meses de la intervención, el paciente se encuentra asintomático, con pulsos arteriales simétricos en las 4 extremidades. El angio-TC de control muestra correcta permeabilidad del *stent* aórtico sin signos de complicaciones del mismo.

Conclusiones: La coartación aórtica en adultos puede pasar desapercibida y complicarse en situa-

ciones críticas. Las técnicas endovasculares permiten corregirla de manera menos invasiva, mejorando el pronóstico y disminuyendo los riesgos quirúrgicos.

P 26. ADAPTANDO EL MATERIAL A LOS PACIENTES EN SITUACIONES DE EMERGENCIA. USO DE *STENT* AÓRTICO CUBIERTO COMO TÉCNICA DE RECURSO EN UNA PACIENTE CON FÍSTULA AORTOENTÉRICA Y SANGRADO ACTIVO

Aniol Solés Gimbernat, Ana Belloso Villanueva, Pau Martínez Vidal, Paula Benavides dos Santos, Patricia Rodríguez Cabeza, Omar Andrés Navarro
Hospital Universitari Doctor Josep Trueta. Girona

Objetivos: Presentamos un caso clínico del tratamiento emergente de una paciente con una fístula aorto-entérica (FAE) primaria mediante un *stent* cubierto aórtico como técnica de recurso para contener el sangrado y el shock hemorrágico asociado.

Material: La paciente era una mujer de 66 años que acudió a urgencias por hematemesis y dolor abdominal de pocas horas de evolución. Como antecedentes presentaba un síndrome antifosfolípido y con una neoplasia anexial tratada mediante cirugía resectiva, en segunda línea de quimioterapia y con respuesta completa. La paciente presentó en los 3 meses previos varios ingresos hospitalarios por una duodenitis y posteriormente úlcera duodenal, que en evolutivo presentó una perforación contenida. Fue tratada de forma conservadora mediante antibioterapia y reposo intestinal (sonda nasoyeyunal de nutrición). A su llegada a urgencias presentó un nuevo episodio de hematemesis franca con rápido deterioro hemodinámico y requerimiento de drogas vasoactivas. Se realizó un angio-TC urgente que mostró una erosión de la pared aórtica adyacente al absceso duodenal y una probable fístula aorto-entérica con sangrado activo asociado.

Metodología: Dado el empeoramiento rápidamente progresivo y la inestabilidad hemodinámica

debido al *shock* hemorrágico se decidió un abordaje endovascular emergente para intentar sellar el punto de sangrado. Por las características anatómicas de la aorta (diámetro máximo 13 mm), las endoprótesis disponibles no eran adecuadas para el sellado, por lo que se decidió utilizar un *stent* cubierto balón-expandible (VBX 8Lx79 mm) dilatándolo posteriormente a 16 mm (considerando el respectivo acortamiento) para cubrir la zona del sangrado.

Resultados: El resultado arteriográfico fue satisfactorio con correcto sellado del punto de fuga y sin comprometer las arterias renales ni la bifurcación aórtica. El día siguiente se realizó la reparación duodenal junto a la retirada del *stent* implantado y la reparación del defecto aórtico mediante un parche de pericardio bovino. En el posoperatorio la paciente presentó signos de hipoperfusión intestinal por lo que requirió una nueva cirugía con colectomía total, y finalmente falleció por fracaso multiorgánico a los 7 días de ingreso.

Conclusiones: La adaptación de los dispositivos y materiales disponibles (y el conocimiento de sus características) es esencial ante situaciones de emergencia como maniobras de recurso, y debe formar parte del arsenal terapéutico del cirujano vascular.

P 23. PSEUDOANEURISMA POSTRAUMÁTICO DE LA ARTERIA TEMPORAL SUPERFICIAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Cristina Feijó Cano
Hospital Viamed Montecanal. Zaragoza

Objetivos: Presentar un caso de pseudoaneurisma de la arteria temporal superficial, una complicación rara tras un traumatismo en la cabeza.

Material: Varón, de 46 años, que refiere aparición de una tumoración en el lado izquierdo de su frente como consecuencia de un politraumatismo sufrido tras una caída en bicicleta.

Metodología: A la exploración se palpa una tumoración pulsátil de 3 centímetros de diámetro en el lado izquierdo de la frente. Sin cambios en la coloración y aspecto de la piel. El eco-Doppler muestra una dilatación de la rama frontal de la arteria temporal superficial de 10 x4 milímetros de diámetro, con flujo en su interior, compatible con pseudoaneurisma de la arteria temporal superficial.

Resultados: Se optó por el tratamiento conservador, al ser un pseudoaneurisma de pequeño tamaño, basándonos en la experiencia que han tenido otros colegas con casos similares. Disminución del tamaño del aneurisma al mes del seguimiento clínica y ecográficamente (6 x 3 milímetros de diámetro). Resolución espontánea a los dos meses de la primera valoración, no siendo necesaria la cirugía.

Conclusiones: La presentación de una tumoración pulsátil tras un traumatismo en la frente debe hacernos sospechar un pseudoaneurisma de la arteria temporal superficial. El eco-Doppler puede ser suficiente para confirmar el diagnóstico y controlar su evolución. El tratamiento de elección es la cirugía con ligadura de los vasos aferentes y eferentes y la extirpación del pseudoaneurisma, pero cuando son pequeños, debemos considerar el tratamiento conservador, ya que suelen involucionar espontáneamente sin necesidad de cirugía.

P 59. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA AISLADO DE UNA FÍSTULA ARTERIOVENOSA: UN MANEJO ALTERNATIVO

René Romero Sarmiento, Rubén Castilla Salar, Manuel Santiago Elías, Gabriela Ibarra Sánchez, Ignacio Michel Guisasola, José Antonio González Fajardo
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Objetivos: Los aneurismas en fístulas arteriovenosas (FAVs) son patologías raras que pueden causar fallos de las FAVs e incluso resultados catastróficos en caso de rotura. El manejo endovascular de los mismos presenta una opción novedosa y mínimamente invasiva para su tratamiento.

Material: Presentamos el caso de un paciente de 78 años con FAV braquiocéflica funcionante realizada 30 años antes que presenta crecimiento pulsátil indoloro de 2 meses de evolución a nivel supraclavicular sin antecedente de traumatismo. El eco-Doppler de la masa demuestra una FAV con flujo de 1300 ml/min y un aneurisma de la vena céflica de 5 cm. Se decide tratamiento endovascular del mismo.

Metodología: El paciente presenta un aneurisma de vena céflica en nivel supraclavicular. Dada su localización se decide el tratamiento endovascular con un *stent* recubierto ViaBahn (Gore®).

Resultados: Mediante acceso percutáneo ecoguiado se punciona la vena céflica. Se progresa un introductor de 8F, guía de Terumo 0.035" hasta pasar la vena axilar y catéter pigtail coaxial. El control angiográfico mostró una estenosis venosa distal además del aneurisma. Se definieron cuidadosamente las zonas de despliegue del *stent* recubierto PTFE 10x10 ViaBahn (Gore®) tanto para excluir el aneurisma como para tratar la estenosis venosa. El *stent* fue remodelado con un balón de angioplastia con excelente resultado arteriográfico. El Doppler posoperatorio muestra exclusión del aneurisma y una FAV funcionante sin estenosis distal. Tras un seguimiento de 12 meses la FAV sigue permeable y funcionante.

Conclusiones: El tratamiento endovascular de aneurismas de FAV con *stents* recubiertos es una técnica sencilla, con bajo riesgo de complicaciones y excelentes resultados. No solo excluye el aneurisma, sino que también preserva la permeabilidad de la FAV.

P 134. ENDOFUGA TIPO IA, ¿Y AHORA QUÉ?

Nerea Mayo Lana, Alejandro González García, Jennifer Díaz Cruz, Ciro Baeza Bermejillo, César Aparicio Martínez
Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid

Objetivos: Las endofugas tipo IA constituyen una de las complicaciones de la reparación endovascular

de un aneurisma de aorta abdominal (EVAR) y están asociadas con un alto riesgo de ruptura. El objetivo de este estudio es evaluar la morbilidad a largo plazo de la reparación de las endofugas tipo IA que se han realizado en nuestro centro en un periodo de 6 años.

Material: Se recogieron los datos demográficos de pacientes que presentaban una endofuga tipo IA tras realización de un EVAR y cuya reparación se realizó entre 2017-2023 en nuestro centro. Se incluyeron el motivo de la reparación, el periodo entre el diagnóstico y el tratamiento, las características del cuello, la técnica empleada, las complicaciones intrahospitalarias y la mortalidad a 30 días y 1 año.

Metodología: En los casos de reparación endovascular, se utilizaron diversas técnicas: la angioplastia simple del cuello proximal, la prolongación con un *cuff* o la reparación mediante una prótesis ramificada. En los casos de reparación abierta se realizó un explante de la endoprótesis y un *bypass* aortobiilíaco por vía retroperitoneal.

Resultados: Se reintervinieron un total de 9 pacientes con endofugas tipo IA (89 % varones, 11 % mujeres) con una edad media de 77.2 años. En dos de los casos el motivo de la reparación fue la rotura del saco aneurismático. Se realizó reparación endovascular en un 56 % de casos mientras que la reparación abierta fue en un 44 %, ambos con un éxito técnico del 100 %. La media de intervalo de tiempo entre el diagnóstico de la endofuga y la reparación fue de 118 días y entre el EVAR y la reparación de la endofuga de 9 años. La mortalidad perioperatoria a 30 días fue del 22 %, todos con saco aneurismático roto. La mortalidad al año fue del 33 %.

Conclusiones: Las endofugas tipo IA suponen una complicación grave del EVAR con una difícil reparación y alta tasa de mortalidad. En nuestro centro la alta mortalidad se justifica por la rotura del aneurisma en ambos casos mientras que la mortalidad intrahospitalaria y a 1 año se incrementa dada la alta comorbilidad de los pacientes.

P 201. TÉCNICA BANANA: UNA SOLUCIÓN INNOVADORA PARA PRESERVAR EL FLUJO PÉLVICO EN LA REPARACIÓN HÍBRIDA DEL ANEURISMA AORTOILÍACO

Paula López García, Carlos Martínez Rico, Antonio Romera Villegas, Albert Castellà Durall, Regina Callejón Baño, Elena Iborra Ortega
Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Objetivos: El tratamiento quirúrgico de la enfermedad aneurismática aortoiliaca extensa sigue representando un desafío a pesar de los avances en cirugía endovascular y abierta. Presentamos un caso clínico en el que se empleó la técnica BANANA para preservar el flujo en la arteria hipogástrica durante la reparación híbrida de un aneurisma aortoiliaco extenso.

Material: Paciente varón de 69 años, fumador e hipertenso, con hiperplasia benigna de próstata. Es derivado tras hallazgo casual de un aneurisma aortoiliaco en una ecografía genitourinaria. En angio-TC se objetiva un aneurisma de aorta abdominal infrarrenal de 78 mm de diámetro máximo con extensión a ambas arterias ilíacas primitivas (AIP) e internas (All) (AIP derecha: 42 mm, AIP izquierda: 57 mm, All derecha: 45 mm, All izquierda: 59 mm).

Metodología: Teniendo en cuenta la anatomía y la dificultad de acceder a la ílica interna distal a los aneurismas, se planteó la cirugía en dos tiempos: Inicialmente, se realizó embolización de la All izquierda. En segundo tiempo se realizó *bypass* aortobifemoral con injerto de Dacron y ligadura a nivel del *ostium* de ambas AIPs para aislarlas del aneurisma, combinada con la técnica BANANA para preservar el flujo en la All derecha. Mediante acceso femoral común derecho, se cateterizó la All derecha y se realizó arteriografía para identificar la primera bifurcación de la All. Se liberó un *stent* Viabahn (10x100 mm) con anclaje en ílica externa y en All proximal, y se colocó un segundo *stent* Viabahn (10x100 mm) interpuesto con anclaje distal en arteria glútea derecha, preservando así la circulación distal.

Resultados: Tras la primera intervención, el paciente refirió claudicación glútea que se solucionó en dos meses tras el segundo tiempo. En dos años de seguimiento, el paciente se mantiene totalmente asintomático, con angio-TC que confirma la permeabilidad del *bypass* aortobifemoral y la presencia de flujo retrógrado hacia hipogástrica a través de BANANA.

Conclusiones: El abordaje híbrido mediante *bypass* aortobifemoral con técnica BANANA representa una opción eficaz y segura en el tratamiento de los aneurismas aortoiliacos extensos, permitiendo preservar la circulación pélvica y reduciendo la agresión quirúrgica con buenos resultados a corto y medio plazo.

P 74. RECURSO TÉCNICO EN TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE PSEUDOANEURISMA AÓRTICO

Mike Rusdiana Hamidah, Carmen González Canga, Jonatán Vázquez Vázquez, Irene Leal Chavarría, Sandra García Portillo, Marta Ballesteros Pomar
Complejo Asistencial Universitario de León. León

Objetivos: Presentar el uso de la técnica *Covered Endovascular Reconstruction of the Aortic Bifurcation* (CERAB) como estrategia alternativa para el tratamiento de pseudoaneurisma de aorta infrarrenal.

Material: Se presenta el caso de una mujer de 75 años con antecedentes de fibrilación auricular, dislipemia y artritis rematoide, sin antecedentes de traumatismo abdominal. Fue diagnosticada de pseudoaneurisma de aorta infrarrenal como hallazgo incidental en resonancia magnética (RMN) lumbar realizada por dolor lumbar crónico. En angio-TC se visualizó imagen compatible con pseudoaneurisma de aorta abdominal de 55 x 52 x 59 mm. La distancia a arterias renales fue de 36 mm y el pseudoaneurisma se extendía hasta la bifurcación aórtica. La aorta abdominal infrarrenal proximal al pseudoaneurisma presentó un diámetro máximo de 16 mm.

Metodología: Por limitaciones anatómicas de la aorta abdominal, como diámetro y longitud hasta bifurcación aórtica, no es factible un procedimiento *Endovascular Aneurysm Repair* (EVAR) estándar, por lo que se decide la reparación de aorta abdominal mediante técnica CERAB. La paciente se interviene de forma programada y bajo anestesia general. Se realiza acceso percutáneo bilateral mediante introductores, 12F derecho y 10F izquierdo. A través de acceso femoral derecho se implanta una endoprótesis recta PLL161407 (WL Gore & Ass, Flagstaff, AZ, EE. UU.) enrasada distalmente en bifurcación aórtica. Se implantan dos *stents* VBX® 9x 59 mm (WL Gore & Ass, Flagstaff, AZ, EE. UU.) en ilíacas comunes con solapamiento de 3 cm en endoprótesis aórtica en conformación *D-shape kissing-stent*. Se comprueba buen resultado angiográfico, con exclusión del pseudoaneurisma y ausencia de fugas.

Resultados: La cirugía y posoperatoria transcurrieron sin incidencias. El primer angio-TC de control se confirma exclusión de pseudoaneurisma, sin endofuga. En el seguimiento, al año la paciente permanece asintomática y sin cambios en los controles de imagen.

Conclusiones: Los pseudoaneurismas de aorta infrarrenal son eventos excepcionales, especialmente aquellos sin traumatismo abdominal previo. La técnica *Covered Endovascular Reconstruction of the Aortic Bifurcation* o CERAB puede ser una técnica de recurso en patología de aorta abdominal no esteno-oclusiva en pacientes de anatomía desfavorable.

P 152. CHIMENEAS AL RESCATE

Sara Merchán Cristeto, Xavier Patricio Jácome Tapia, Roberto Salvador Calvo, Oliver Bonnelly González, Julián David Flórez García, Lucía Sánchez Molina
Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca

Objetivos: La reparación endovascular del aneurisma de aorta abdominal infrarrenal (EVAR) ha avanzado en sus indicaciones para anatomías complejas, con requerimientos morfológicos cada vez menos restrictivos. Dentro de estos avances, la asociación de chimeneas al EVAR (Ch-EVAR) se ha utilizado ini-

cialmente como técnica de rescate para tratamiento de aneurismas de aorta abdominal (AAA) infrarrenal sin cuello proximal adecuado o cuya reparación implique la oclusión de ramas viscerales.

Material: Varón de 79 años con múltiples factores de riesgo cardiovascular que presenta un AAA infrarrenal de 63 mm de diámetro y cuello de 9 mm de longitud. Indicándose tras sesión clínica exclusión mediante EVAR convencional con endoprótesis ALTO.

Metodología: Bajo anestesia raquídea y sedación, se realizan abordajes percutáneos femorales bilaterales previa colocación de precierres. El procedimiento se realizó de forma estándar y en la arteriografía tras el despliegue completo del cuerpo y extensiones ilíacas se observa desplazamiento proximal de la endoprótesis, comprometiendo el origen de la arteria mesentérica superior (AMS) y obstruyendo ambas arterias renales. Mediante acceso braquial izquierdo se intenta sin éxito la canalización de AMS y de la arteria renal izquierda (ARI), ya que los anillos de polímero de la endoprótesis impedían el acceso hacia estas arterias. Se realiza maniobra "through and through" bifemoral para traccionar caudalmente de la endoprótesis, consiguiendo de esta manera la canalización de la AMS y la ARI, donde posteriormente se despliegan *stents* recubiertos conformando así un Ch-EVAR emergente. En la arteriografía final se observa permeabilidad de la endoprótesis bifurcada y de las chimeneas, en ausencia de endofugas precoces y tardías.

Resultados: Durante el posoperatorio presenta disminución del filtrado glomerular estabilizándose en 43 ml/min/1,73 m. Es dado de alta el tercer día tras la intervención. En el seguimiento al primer mes, mantiene estable la función renal y en el control de imagen se observa la permeabilidad de todos los componentes del Ch-EVAR.

Conclusiones: La migración proximal de una endoprótesis durante su despliegue es infrecuente. Cuando se presenta su manejo puede ser un desafío. En estos casos la tracción caudal y el uso de

chimeneas pueden ser una alternativa que permita mantener permeables las arterias viscerales, y por consiguiente la viabilidad de los órganos abdominales.

P 163. EXPERIENCIA INICIAL EN EL USO DEL PLASMA RICO EN PLAQUETAS (PRP) COMO TRATAMIENTO ADYUVANTE EN ÚLCERAS CRÓNICAS

Carlos Ernesto Marrero Eligio de la Puente, Miguel Carceller Martínez, José Alberto Barrera Villanueva, María del Carmen Durán Montolio, Francisco Pablo Moreno Mantas, Gemma Calvet Muñoz
Hospital Sant Rafael. Barcelona

Objetivos: Presentar la experiencia inicial en el uso del PRP en el tratamiento de úlceras crónicas de etiología venosa.

Material: Las úlceras crónicas representan un desafío significativo en la práctica de la cirugía vascular, afectando la calidad de vida y la funcionalidad de los pacientes. El plasma rico en plaquetas (PRP) se ha propuesto como una herramienta novedosa para el tratamiento adyuvante de úlceras. Estudios recientes respaldan su eficacia demostrando que el PRP mejora significativamente la tasa de curación (OR = 4.37, IC del 95 %: 3.02-6.33, $p < 0.001$) y reduce el tiempo de curación (IC del 95 %: -3.83 a -2.59, $p < 0.001$) en comparación con el tratamiento convencional. De forma similar, cuatro estudios ($n = 497$) en úlceras de origen venoso demostraban una mejoría en la tasa de efectividad global entre el grupo experimental (PRP) y el grupo control (OR = 2.09, IC del 95 %: 1.23-3.34, $p = 0.002$). Además, se ha comprobado que no se necesitan métodos sofisticados para la obtención de un PRP de calidad.

Metodología:

– *Caso clínico 1:* paciente de 63 años. Presentaba una úlcera en la cara anterior y distal de la pierna derecha, identificada desde diciembre de 2020 y refractaria a múltiples curas y tratamientos adyuvantes. Tras confirmar la presencia de pulso

pedio, se inició terapia con vendaje compresivo y aplicación de PRP a partir del 1 de agosto de 2024.

– *Caso clínico 2:* paciente de 74 años desde abril de 2018 una úlcera varicosa con reaparición de várices sin patología arterial significativa asociada. Se realizó cirugía de varices sobre recidiva el 12 de diciembre de 2024, integrando la aplicación de PRP durante la intervención.

Resultados: Ambos pacientes muestran un cambio subjetivo en la mejoría del dolor. Se evidencia cambio en el fondo de la úlcera hacia el tejido de granulación y se evidencia además una reducción en el área y profundidad de las lesiones. A pesar de que no se encuentran cicatrizadas de momento.

Conclusiones: El PRP es una herramienta sencilla y de bajo costo, con un amplio potencial de aplicación en el tratamiento de úlceras crónicas de diversas etiologías.

P 54. “SANDALIA VENOSA”: MODIFICACIÓN DEL CUFF EN ANASTOMOSIS PROTÉSICAS DISTALES

Ciro Baeza Bermejillo, Nerea Mayo Lana, Paula Álvarez Esteve, Jennifer Díaz Cruz
Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid

Objetivos: Las anastomosis entre injertos protésicos y arterias de pequeño calibre presentan un alto riesgo de trombosis y fallo por hiperplasia intimal. Técnicas como el *cuff* de Miller y la bota de St. Mary's han buscado mejorar la hemodinámica en estas anastomosis. Presentamos una modificación de este tipo de *cuffs*, confeccionando uno un parche venoso en la punta distal de la anastomosis, con el objetivo de optimizar la transición del flujo y reducir la turbulencia.

Material: Se realizó la técnica en un paciente sometido a revascularización infrainguinal con injerto protésico debido a isquemia crítica. Para la realiza-

ción del injerto se utilizó un segmento de vena safena accesoria para el *cuff* y una prótesis de PTFE 6 mm.

Metodología: La anastomosis distal se modificó colocando un parche de vena autóloga en la cara distal del injerto protésico, permitiendo una transición fisiológica del flujo. Se trata de un parche venoso con aspecto de “ala delta” y por su diseño final lo hemos denominado parche en sandalia o babucha. Se evaluó la viabilidad técnica, el tiempo quirúrgico y la permeabilidad inmediata mediante eco-Doppler intraoperatorio.

Resultados: La técnica fue factible y se realizó sin complicaciones. La anastomosis mostró adecuada hemodinámica intraoperatoria, con flujo laminar y sin turbulencias significativas en el Doppler ni estenosis en la arteriografía de control. El tiempo quirúrgico y complejidad de realización parecen menores que con un *cuff* de Miller convencional. En la evaluación posoperatoria inmediata, la permeabilidad del injerto fue satisfactoria, sin signos de trombosis ni alteraciones del flujo.

Conclusiones: La “sandalia o babucha venosa” es una variación sencilla de los *cuff* habituales que puede mejorar la transición hemodinámica en la anastomosis protésica a arteria de pequeño calibre y de realización más sencilla y rápida. Su aplicación podría reducir la trombogenicidad y la hiperplasia intimal, favoreciendo la permeabilidad a largo plazo. Se requieren estudios adicionales para evaluar su comportamiento en un mayor número de pacientes y su impacto en la supervivencia del injerto.

P 60. PSEUDOOCCLUSIÓN CAROTÍDEA HEMODINÁMICA SECUNDARIA A ESTENOSIS SINCRÓNICA DE ARTERIA CARÓTIDA COMÚN Y CARÓTIDA INTERNA

René Romero Sarmiento, Rubén Castilla Salar, Manuel Santiago Elías, Víctor Martínez Vales, Ignacio Michel Guisasola, José Antonio González Fajardo
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Objetivos: La estenosis sincrónica en tándem de la arteria carótida común (ACC) e interna (ACI) es una patología poco frecuente que se comporta como una pseudooclusión a nivel de la arteria carótida intracraneal.

Material: Presentamos el caso poco común de un paciente con estenosis de ACC y ACI sintomática que fue diagnosticado de oclusión carotídea a nivel intracraneal por angio-TC. Al realizarse una ecografía del eje carotídeo se demuestra una estenosis significativa en ACC, permeabilidad de ACI con una estenosis importante en su origen, pero sin la aceleración correspondiente al grado de estenosis. Dada la discrepancia en las pruebas diagnósticas se solicita una arteriografía de TSA. Una revisión cuidadosa del angio-TC y arteriografía demostró que las lesiones en tándem de la ACC y ACI puede comportarse como una oclusión en la porción intracraneal de la carótida interna con flujo alternante.

Metodología: Los pacientes con estenosis sincrónica de ACC y ACI que se comportan como una oclusión hemodinámica de la arteria carótida (AC) intracraneal. Se decide el tratamiento endovascular de la lesión de ACC.

Resultados: Mediante acceso percutáneo ecoguiado se punciona la arteria femoral derecha. Se progresa un introductor de 8F, guía de Terumo 0.035” hasta tronco braquiocefálico. El control angiográfico mostró una estenosis de ACC y “oclusión” ACI. Se coloca filtro temporal en ACC distal y se despliega un *stent* premontado 8*37 mm con excelente resultado arteriográfico y normalización del flujo de ACI e intracraneal. El Doppler posoperatorio demuestra normalización de flujo de ACC, una estenosis de ACI menor al 50 % por recuperación del flujo.

Conclusiones: En pacientes con patología carotídea diagnosticados de oclusión de ACI y cuyos resultados entre el eco-Doppler y el angio-TC son discordantes es necesario solicitar una arteriografía de TSA. La identificación de imágenes alternantes en la arteriografía pone en manifiesto una pseudooclusión hemodinámica de la arteria carótida in-

tracraneal secundario a flujo carotídeo disminuido por lesiones en tándem de ACC y ACL. En paciente con esta patología el tratamiento de la lesión proximal normaliza el flujo carotideo y reestablece la circulación intracraneal normal del eje.

P 148. RUPTURA RECURRENTE DE ANEURISMA AÓRTICO MICÓTICO PARARENAL

Xavier Tenezaca Sari, Diego Gómez Arbeláez, Christian Espinal Chirinos, Silvia Granados Suárez, Eric Ruslender, Nuria Torreguitart Mirada
Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida

Objetivos: La incidencia de aneurismas aórticos micóticos es baja, se estima entre el 1-2 % de todos los aneurismas aórticos. Sin embargo, la tasa de ruptura es alta, ya que en alrededor del 50 % de los casos es la forma de presentación clínica. El objetivo es presentar un caso de tratamiento quirúrgico por ruptura recurrente de aneurisma aórtico pararenal infeccioso.

Material: Mujer de 68 años con antecedente de hipertensión arterial. Fue ingresada inicialmente por episodio compatible con pielonefritis aguda; durante su estancia presentó dolor abdominal intenso, anemia severa (4.9 mg/dl) e inestabilidad hemodinámica. La angio-tomografía computarizada (TAC) urgente mostró un aneurisma aórtico sacular roto a nivel pararenal izquierdo de 65 mm de diámetro.

Metodología: Debido al grave estado clínico, se optó de manera emergente por realizar una reparación endovascular del aneurisma aórtico pararenal.

Resultados: Se realizó una reparación endovascular con cobertura de las arterias renales mediante el implante de endoprótesis Gore Excluder® (W.L. Gore & Associates, Flagstaff, AZ, EE. UU.) como 'terapia puente' previo a la reparación quirúrgica abierta. Se logró estabilidad clínica y el TAC de control mostró una endofuga tipo II desde la arteria renal izquierda. Previo a la cirugía abierta, la paciente

presentó nuevamente dolor abdominal intenso y shock hipovolémico, el TAC urgente confirmó una nueva ruptura del aneurisma con una gran hemorragia retroperitoneal. Se realizó explante de la endoprótesis y *bypass* aorto-bifemoral con prótesis de Dacron®; los cultivos intraoperatorios de la pared aórtica y el trombo identificaron *Escherichia coli*, que fue tratada adecuadamente. Sin embargo, debido al mal pronóstico perioperatorio, la paciente falleció siete días después.

Conclusiones: Los aneurismas micóticos son muy poco frecuentes y la ruptura recurrente de aneurismas aórticos abdominales es una condición extremadamente rara. El tratamiento endovascular es útil como 'terapia puente' en situaciones críticas, pero la cirugía abierta sigue siendo la opción definitiva. Este tipo de casos resalta la importancia de un enfoque multidisciplinario para el manejo de aneurismas aórticos complejos e infecciosos.

P 178. ROTURA DE AAA SECUNDARIO A ENDOFUGA TIPO II. A PROPÓSITO DE UN CASO

Mar Palao Bertrán, Francesc Pañella Agusti, Mauricio Ramírez Montoya, Laura Gil Julián, Odile Yáñez Ruiz, Benet Gomez Moya
Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona

Objetivos: Las endofugas tipo II consisten en flujo sanguíneo retrógrado hacia el saco aneurismático a través de ramas laterales de la aorta, principalmente arterias lumbares o la mesentérica inferior, en pacientes con tratamiento endovascular previo de un AAA. Con una prevalencia del 20 %, la mayoría se resuelven espontáneamente, pero en casos de crecimiento del saco aneurismático pueden requerir reintervención.

Material: Paciente varón de 80 años con antecedente de IRC y tratamiento endovascular por AAAIR de 58 mm mediante EVAR estándar en 2018. En controles posoperatorios presentó endofuga tipo II dependiente de arterias lumbares sin crecimiento del saco. Pérdida del seguimiento y recon-

sulta al quinto año, cuando se evidencia aumento a 91 mm, realizándose embolización de arterias iliolumbares con *coils*. Al sexto año, el saco creció a 99 mm con endofuga tipo II de la arteria mesentérica inferior, realizándose nueva embolización.

Metodología: Seis meses después, el paciente acudió a urgencias con dolor abdominal intenso y estabilidad hemodinámica. El angio-TC mostró posición adecuada de la endoprótesis, crecimiento del saco (109x105 mm), hematoma retroperitoneal con sangrado activo y repermeabilización de la endofuga de arterias lumbares. Se decidió cirugía abierta urgente con abordaje transperitoneal, identificando rotura del saco, normoposición de la prótesis y flujo de arterias lumbares, realizándose ligadura de las arterias lumbares identificadas y rafia del saco.

Resultados: El posoperatorio transcurrió sin complicaciones y el paciente fue dado de alta al séptimo día, manteniéndose estable en controles posteriores.

Conclusiones: El tratamiento de las endofugas tipo II es complejo y puede requerir múltiples reintervenciones. Su manejo sigue siendo controvertido. La embolización es una opción mínimamente invasiva, pero no siempre evita el crecimiento del saco y la ruptura del AAA, por lo que la cirugía abierta, electiva o urgente, sigue siendo una alternativa clave. Se recomienda intervención cuando hay crecimiento del saco > 1 cm en 6 meses. En pacientes de alto riesgo (AMI $\geq$ 3 mm, AL $\geq$ 2 mm, aneurisma aorto-ilíaco), se ha propuesto la embolización profiláctica, aunque no se recomienda de forma rutinaria debido a mayor uso de escopia, contraste, costes y morbilidad. Se requieren más estudios para definir los pacientes que se beneficiarían de esta intervención.

P 236. RECUPERACIÓN DE UN STENT LIBERADO ACCIDENTALMENTE UTILIZANDO UN LAZO

Martina Rigolin, Francisco Javier Peinado Cebrián
Hospital Universitario de Toledo. Toledo

Objetivos: Mostrar una posible opción quirúrgica ante la liberación accidental de un *stent* balón expandible intraarterial.

Material: Paciente de 82 años, hipertenso, dislipémico, diabético tipo II, con antecedente de cardiopatía isquémica, que en 2004 precisó de doble *bypass* coronario, el primero, de arteria mamaria interna hacia la arteria descendente anterior y el segundo, con la utilización de la arteria radial a la obtusa marginal. En 2014 presenta nueva clínica de angina de esfuerzo, durante el estudio del dolor torácico, en las pruebas de imagen complementarias se objetiva estenosis del origen de la arteria subclavia izquierda y se procede a la colocación de un *stent* en la misma. En noviembre de 2024 acude a nuestro hospital por nuevo episodio de dolor torácico, se realiza un angio-TC y se observa estenosis *intrastent*, la cual condiciona disminución del flujo del *bypass* coronario.

Metodología: Desde un acceso percutáneo arterial braquial izquierdo, se realiza una arteriografía intraoperatoria, donde se objetiva estenosis de más del 80 % de la luz del *stent*, por lo que se decide la colocación de un *Stent* VBX 9 mm x 39 mm. Sin embargo, antes de llegar al lugar de la lesión, este se libera accidentalmente a nivel de la arteria axilar. Ante el intento infructuoso de la retirada del *stent* mediante diferentes técnicas, se consigue la retirada del mismo con la utilización de un lazo insertado coaxial a la guía intraluminal: se expande el lazo de modo que abraza al *stent*, se cierra el mismo y se retira. Una vez se acerca el lazo al introductor, se realiza la disección de la arteria humeral y arteriotomía para la retirada del mismo. Tras esto, se procede a la colocación de un *stent* Begraft de 9 mm x 37 mm a lo largo de la estenosis, sin complicaciones.

Resultados: La arteriografía intraoperatoria final muestra ausencia de complicaciones y correcta colocación del *stent*. El paciente evoluciona favorablemente, sin nuevos episodios de dolor torácico.

Conclusiones: El tratamiento endovascular puede conllevar complicaciones como el desanclaje

accidental del *stent*. La recuperación del mismo mediante la utilización de un lazo puede ser una opción para rescatarlo.

P 38. NEUROARTROPATÍA DE CHARCOT AGUDA EN EL PIE DIABÉTICO: IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ Y ABORDAJE TERAPÉUTICO MULTIDISCIPLINAR

Sara Loidi Guerrica-Echevarría, Ioar Larrañaga Oyarzabal, Maider Mendia Bravo, Leire Ganzarain Valiente, María de Dios Bilbatua, Nerea Bastardo Gordejuela, Begoña Iribar Zubiaur
Hospital Universitario Donostia. Donostia-San Sebastián

Objetivos: La neuroartropatía de Charcot es una complicación progresiva de la neuropatía diabética con una patogenia multifactorial, interviniendo factores mecánicos y vasculares. Se manifiesta con edema, eritema, inestabilidad y deformidad articular, afectando principalmente las articulaciones tarsometatarsianas. En su fase aguda, el diagnóstico es clínico, basado en exploración física y pruebas analíticas para descartar otras etiologías.

Material: Varón de 64 años con DM tipo II no insulinodependiente y cardiopatía isquémica, que ingresa por mala evolución de pie diabético derecho. Refiere traumatismo por caída hace 10 días, consultando en 2 ocasiones en otro centro. Fue dado de alta tras no objetivar alteraciones en Rx simples en carga, sin diagnóstico ni tratamiento específicos. A nuestra valoración presenta pulso poplíteo sin distales además de signos flogóticos con lesiones ampollasas superficiales, inestabilidad y deformidad articular (TEXAS IID PEDIS 3).

Metodología: Se realiza análisis retrospectivo, a partir de historia clínica electrónica, del caso clínico previamente referido. Se tienen en cuenta variables demográficas y clínicas, realizando un análisis descriptivo.

Resultados: Durante su ingreso se completa estudio con RMN y TC. Evidenciándose edema óseo, cambios inflamatorios en mediopié, sin osteomielitis,

además de fractura-luxación de Lisfranc respectivamente. Confirmando sospecha diagnóstica de artropatía aguda de Charcot en paciente neuroisquémico. Se decide inicio de antibioterapia intravenosa con manejo local de las heridas. Tras estabilización del proceso infeccioso, se realiza tratamiento endovascular percutáneo mediante angioplastia simple con balón en la arteria tibial anterior logrando buena reperusión. La Unidad de Pie de Traumatología considera manejo conservador y valoración de tratamiento diferido.

Conclusiones: La sospecha clínica y el diagnóstico precoz además de un tratamiento dirigido son los principales factores pronósticos favorables. En fase aguda la radiografía simple puede ser normal y la RM constituye el *gold-standard* en casos de duda permitiendo diferenciarla de procesos como la osteomielitis. El manejo debe ser individualizado y multidisciplinar, combinando estrategias conservadoras (educación, control glucémico, descarga y estabilización del miembro) con intervenciones quirúrgicas vasculares y traumatológicas en casos avanzados. La revascularización es clave en pacientes con compromiso isquémico, mejorando el pronóstico y la viabilidad del miembro.

P 40. ENDARTERECTOMÍA AÓRTICA, RECURSO ÚTIL EN LA CIRUGÍA VASCULAR MODERNA

Carlos Águila Zurita, José Chiriboga Granja, Vicente Gregorio de Pasquale, Luis Pepén Moquete, Eduardo Picazo Pineda, Ignacio Blanes Mompó
Consorcio Hospital General Universitario de València. Valencia

Objetivos: La endarterectomía aórtica fue el tratamiento de elección para la reconstrucción abierta en el tratamiento de la enfermedad oclusiva aortoiliaca, previo a la popularización del *bypass* aortobifemoral. Aunque su uso ha disminuido en la práctica clínica actual debido a la expansión de técnicas endovasculares y las demandas técnicas de este procedimiento, sigue siendo una opción válida para un grupo selecto de pacientes.

Material: Caso clínico.

Metodología: Mujer de 49 años sin antecedentes clínicos de interés, acude con un cuadro de 48 horas de evolución de dolor en ambos miembros inferiores, acompañado de déficit sensitivo, con movilidad conservada, y presencia livideces reticulares en las plantas de los pies. La exploración física revela la ausencia bilateral de pulsos a todos los niveles con presencia de onda Doppler tipo II en peronea y tipo III en TP. Con estos hallazgos, se diagnostica una isquemia arterial aguda de miembros inferiores grado IIA. Se realizó un angio-TC de aorta abdominal y miembros inferiores, que evidenció la oclusión completa de la aorta terminal, con repermeabilización distal a nivel de ambas arterias ilíacas comunes previo su bifurcación.

Resultados: La paciente fue sometida a una endarterectomía aortica por abordaje transperitoneal y cierre con parche de pericardio bovino. Sin incidencias durante el periodo posoperatorio, recuperando a la exploración vascular pulsos distales. La paciente se mantuvo hemodinámicamente estable, siendo dada de alta a las 24 horas de la Unidad de Reanimación y los 3 días de hospital.

Conclusiones: Los pacientes con enfermedad calcificada focal y localizada en la aorta infrarrenal y las arterias ilíacas comunes pueden ser excelentes candidatos para la endarterectomía aortoiliaca, con excelentes tasas de permeabilidad primaria del 97 % al año, 93 % a los 5 años y 87-89 % a los 10 años, según la literatura.

P 175. ANEURISMA POPLÍTEO: UNA MANIFESTACIÓN INUSUAL DEL SÍNDROME DE ATRAPAMIENTO

Irene Leal Chavarría, Jonatán Vázquez Vázquez, Sandra García Portillo, Mike Rusdiana Hamidah, Eulogio Fernández-Reyes Falcón, Marta Ballesteros Pomar
Complejo Asistencial Universitario de León. León

Objetivos: El síndrome de atrapamiento de la arteria poplítea (SAAP) es una condición vascular poco común que resulta de la compresión extrínseca de la arteria poplítea por anomalías músculo-tendinosas. Aunque suele manifestarse con claudicación, en contadas ocasiones puede llevar a la formación de aneurismas, representando un desafío diagnóstico y terapéutico. Presentamos un caso de aneurisma poplíteo secundario a SAAP y su manejo quirúrgico.

Material: Se trata de un varón de 64 años, sin antecedentes personales a destacar exceptuando una enfermedad renal crónica, que consulta por una masa palpable a nivel del hueso poplíteo y claudicación intermitente de tres meses de evolución. Aporta una resonancia magnética realizada en otro centro, en la que se insinúa una banda fibrosa que atrapa la arteria poplítea, con posterior degeneración aneurismática de 25 mm de diámetro.

Metodología: El paciente fue sometido a una intervención quirúrgica programada, realizándose mediante un abordaje posterior en S itálica la sección de la banda muscular fibrosa, la resección del aneurisma poplíteo y la interposición de un injerto autólogo de vena safena interna en la extremidad inferior derecha.

Resultados: El procedimiento quirúrgico se completó sin complicaciones, logrando mantener la perfusión distal en la extremidad afectada. Al finalizar la cirugía el paciente presentaba pulso tibial posterior. Fue dado de alta a las 48 horas con adecuada evolución clínica. En la primera revisión posquirúrgica, al mes de la intervención, se observó la permeabilidad del injerto mediante ecografía Doppler y el mantenimiento del pulso tibial posterior, así como la ausencia de claudicación con la marcha.

Conclusiones: El SAAP, aunque infrecuente, debe ser considerado en pacientes con aneurismas poplíteos, especialmente en aquellos sin factores de riesgo ateroscleróticos. La resección quirúrgica del aneurisma con reconstrucción vascular utilizando un injerto autólogo ofrece excelentes resultados,

con alta tasa de éxito y baja morbilidad posoperatoria. Este caso subraya la importancia de un diagnóstico temprano y un manejo quirúrgico adecuado para prevenir complicaciones graves como la isquemia o embolización distal.

P 179. RECONSTRUCCIÓN AORTOILÍACA ENDOVASCULAR (CERAB)

Natalia Orozco González, Ana Isabel Guillén Cascales, Celia Rioja Olmedo, Sandra Redondo Teruel, Rocio Belén Rodríguez Carmona, Rodrigo Eduardo Yoldi Bocanegra
Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería

Objetivos: Presentar el caso de un paciente con isquemia arterial aguda secundaria a trombosis de un CERAB previo, manejado mediante trombectomía fármaco-mecánica aortoiliaca e implante de *stent* ilíaco derecho.

Material: Varón de 66 años con antecedentes de HTA, síndrome metabólico, polineuropatía diabética y eventos trombóticos previos, incluyendo trombosis venosa profunda en 2005 y 2009 asociado a tromboembolismo pulmonar y mutación de factor XII de la coagulación. El paciente se encontraba anticoagulado con Rivaroxaban.

Metodología: Consulta en urgencias por dolor súbito en ambos miembros inferiores, con mayor afectación en el derecho, dificultad para la deambulación y frialdad. Dicha clínica comienza tras la suspensión de la anticoagulación para colonoscopia. La exploración revela bloqueo proximal bilateral, frialdad y enlentecimiento del relleno capilar, con movilidad y sensibilidad abolidas. El TAC abdomino-pélvico muestra obstrucción de los *stents* aortoiliacos reinyectando en ambas ilíacas comunes. Femorales superficiales permeables con múltiples estenosis, así como múltiples estenosis en troncos distales siendo la tibial posterior el mejor eje en ambos miembros inferiores. Con todos estos datos se decide intervención quirúrgica urgente.

Resultados: Se realiza punción femoral bilateral y cateterización de los *stents* previos. Posteriormente, se lleva a cabo una trombectomía fármaco-mecánica con dispositivo AngioJet (Boston Scientific) 500,000 UI de urokinasa. En la arteriografía de control, se observa una imagen compatible con estenosis asociado a trombo residual en el *stent* ilíaco derecho. Se decide realizar *kissing balloon* con balones de 8x30 mm y 8x40 mm. Dado que persiste la imagen, se procede a implantar un *stent* cubierto VBX de 8x39 mm.

La arteriografía final muestra un buen resultado morfológico. Se realiza cierre con Proglide bilateral. La evolución posoperatoria es favorable, recuperando pulso poplíteo bilateral. No se reportan complicaciones en las punciones femorales ni datos de fracaso renal agudo. El paciente es dado de alta a las 48h anticoagulado con Rivaroxaban.

Conclusiones: El abordaje mediante trombectomía fármaco-mecánica mediante AngioJet con implante de *stent* permitió la revascularización efectiva del paciente. La evolución clínica y el alta precoz confirman la eficacia del tratamiento endovascular en el manejo de la isquemia aguda causada tras trombosis de CERAB en pacientes con enfermedad aortoiliaca compleja.

P 206. VARIABILIDAD EN EL ORIGEN DE LAS ARTERIAS RENALES. UN HALLAZGO INESPERADO

Ángel Galindo Cordero, Lia Postius Echeverri, Alejandro Medina Galindo, Agustín Medina Falcón, Serguey de Varona Frolov, Guido Volo Pérez
Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria

Objetivos: Las arterias renales principales derecha e izquierda se originan en el 98 % y 97 % respectivamente, entre el margen superior de la vértebra L1 y el margen inferior de L2. El origen torácico de una arteria renal derecha única con el riñón en posición normal es una variante poco frecuente y más aún, su nacimiento por encima del disco T11-T12

(< 0,5 %). Con el aumento del uso de la tomografía computarizada (TC), estos hallazgos incidentales se han vuelto más comunes. Tales variaciones adquieren relevancia clínica en cirugías renales o torácicas bajas.

Material: Pacientes derivados a nuestro servicio tras hallazgo incidental de variantes anatómicas arteriales renales para valoración.

Metodología: Presentamos dos casos de variantes anatómicas del origen de la arterial renal en nuestro centro.

Resultados: Varón de 72 años, exfumador, hipertenso, con cardiopatía isquémica intervenida en 2014. Se realizó una angio-TC de miembros inferiores por claudicación intermitente, evidenciándose el origen de la arteria renal derecha a nivel de la aorta torácica (T11), con normoposicionamiento del riñón ipsilateral. Varón de 82 años con enfer-

medad de Madelung, intervenido de sustitución valvular aórtica con prótesis biológica e insuficiencia cardíaca con función ventricular preservada. Antecedentes de hipertensión, dislipemia y EPOC fenotipo enfisematoso. Se realizó TC abdominal como parte del estudio de hipopotasemia severa, evidenciándose ptosis del riñón derecho con signos de isquemia ipsilateral. La arteria renal derecha tenía origen en la cara posterior de la aorta, inmediatamente craneal a la bifurcación ilíaca, con una estenosis del 50 % a 10 mm de su origen, decidiéndose manejo conservador.

Conclusiones: El uso del TC de forma estandarizada en los estudios abdominales ha aumentado el hallazgo incidental de variantes anatómicas a nivel arterial. Las variantes anatómicas renales suponen un desafío de cara a la planificación quirúrgica y su detección puede prever la aparición de complicaciones en la misma.

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



Injerto Vascular de Colágeno Artegraft™

PARA ACCESO FUNCIONAL EN HEMODIÁLISIS Y BYPASS DE EXTREMIDADES INFERIORES



Para más información:
Contacte con su representante de
ventas local de LeMaitre.

Atencion al cliente
cses@lemaitre.com

www.lemaitre.com



2797



0086



LeMaitre Vascular Ltd
Stirling House Centenary Park
Skylon Central
Hereford HR26FJ England UK
Tel: 01432513125



LeMaitre es una marca registrada y Artegraft es una marca comercial de LeMaitreVascular, Inc.
o una de sus subsidiarias. ©2025 LeMaitre Vascular, Inc. Todos los derechos reservados.
El marcado CE se ha fijado según el Reglamento (UE) 2017/745.



LeMaitre Vascular GmbH
Otto-Volger-Str. 5a/b
65843 Sulzbach/Ts. Germany
Tel. +49-(0)6196-659230



LeMaitre Vascular, Inc.
206 North Center Drive
North Brunswick, NJ 08902
USA

ARTIVION™

NEXUS® for the ARCH.



NEXUS ONE™
BY ENDOSPAN

AORTIC ARCH
STENT GRAFT SYSTEM

Off-the-Shelf

NEXUS DUO™
BY ENDOSPAN

AORTIC ARCH
STENT GRAFT SYSTEM
CUSTOM-MADE DEVICE

Custom-Made in 4 Weeks



NEXUS TRE™
BY ENDOSPAN

AORTIC ARCH
STENT GRAFT SYSTEM
CUSTOM-MADE DEVICE

Custom-Made in 4 Weeks

Scan the Qr-code to learn more about our Aortic Arch Solutions.



Notice: The manufacturer, Endospan Ltd., assumes full responsibility for all regulatory compliance and certifications associated with this product. Artivion EMEA GmbH functions solely as a distributor/reseller and is not responsible for the regulatory content of the marketing materials. **Caution:** Investigational Device – Limited by United States law to investigational use. Notice of Availability – Physician Referrals Endospan devices bear the CE marking of conformity. NEXUS DUO™ Aortic Arch Stent Graft and NEXUS TRE™ Aortic Arch Stent Graft System are custom-made devices based on the existing NEXUS® Aortic Arch Stent Graft System, also known as NEXUS ONE™ Aortic Arch Stent Graft System, a CE marked endovascular branch system for the aortic arch. All products and indications are not available/approved in all markets. NEXUS® is a registered trademark of Endospan Ltd. All other trademarks are owned by Artivion, Inc. or its subsidiaries. © 2025 Artivion, Inc. All rights reserved.

Endospan Ltd, Maskit St. 4, Herzlia Business Park, Herzlia 46733, Israel, is the manufacturer of NEXUS ONE™, NEXUS DUO™, NEXUS TRE™

JT-ADI-0053200-EN V01 01/2025