

Angiología

Volumen 78. Suplemento 1. Págs. 1-130

2026

71 CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ANGIOLOGÍA, CIRUGÍA VASCULAR Y ENDOVASCULAR

26 - 29 de mayo de 2026
Sitges, Barcelona



seacv
Sociedad Española de
Angiología y Cirugía Vascular



Esprit™ BTK

Everolimus Eluting Resorbable Scaffold System

A BREAKTHROUGH INNOVATION

Pioneering a new standard of care
in BTK treatment



The information contained herein is for **DISTRIBUTION** in SPAIN ONLY. **CAUTION:** This product is intended for use by a physician or under a physician's direction. Before use, consult the Instructions for Use inside the product carton (when available) at medical.abbott/manuals for more detailed information on Indications, Contraindications, Warnings, Precautions, and Adverse Events. This material is intended for use by healthcare professionals only. Illustrations are artistic representations only and should not be considered engineering drawings or photographs. Abbott Medical España SA Av. Burgos 91, 28050 Madrid, España Tel: 91 337 52 00

www.cardiovascular.abbott

© 2026 Abbott. All Rights Reserved. MAT-2641788 v1.0

Angiología



© Copyright 2026. 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

ARÁN

www.revistaangiologia.es

Angiología

(Revista internacional de Medicina y Cirugía Vascul y Endovascular)

Director

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

Editor Jefe

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

Editores Asociados (en representación de):

Manuel Alonso Pérez
(Capítulo de Cirugía Endovascular)
Hospital Universitario Central de Asturias.
Oviedo
malonsopcorreo2@gmail.com

Javier Álvarez Fernández
(Capítulo de Flebología)
Hospital de Cabueñes. Gijón, Asturias
javieralvarez12@hotmail.com

Carlos Esteban
(Medicina Vascul)

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.
Badalona, Barcelona
carlosestebangracia@gmail.com

Alejandro Fabiani
(CELA)
Escuela de Medicina y Ciencias
de la Salud. Tecnológico de Monterrey,
México
alefabiani@gmail.com

Israel Leblíc Ramírez
(Accesos Vasculares)
Hospital Universitario La Paz. Madrid
leblíc2@hotmail.com

Jose Ramón March (SEACV)
Hospital Universitario de Getafe. Getafe, Madrid
jrmarchg@gmail.com

Leopoldo Mariné Massa (CVHH)
Escuela de Medicina.
Pontificia Universidad Católica de Chile.
Santiago, Chile
marinepolo@yahoo.com

Ángeles Menéndez
(Capítulo de Diagnóstico Vascul)

Hospital Universitario Central de Asturias
(HUCA). Oviedo
angelsidi@hotmail.com

Jorge Vilariño Rico
(Pie Diabético)
Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.
A Coruña
Jorge.Vilarino.Rico@sergas.es

Comité Editorial

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

Francisca García
Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia
francisca.garcia@uchceu.es

Esther Martínez Aguilar
Hospital Universitario de Navarra. Pamplona
esthermartinezaguilar@hotmail.com

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

Isabel del Blanco Alonso
Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid
iblancoa@saludcastillayleon.es

Manuel García-Toca
Emory University. Atlanta, Georgia, EE. UU.
manuel.garcia-toca@emory.edu

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

Herón Rodríguez
Northwestern University Feinberg School of Medicine.
Chicago, Illinois, EE. UU.
herodrig@nm.org

Albert Clará
Hospital Universitari del Mar. Barcelona
aclara@parcdesalutmar.cat

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

Rebeca Reachi Lugo
Hospital Beneficencia Española. San Luis de Potosí,
México
rbkreachi@yahoo.com

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

Jorge Cuenca Manteca
Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena, Murcia
jcuencam@gmail.com

Mercedes Guerra Requena
Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara
merguerra24@gmail.com

Álvaro Revilla Calavia
Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid
arevilla@saludcastillayleon.es

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

Young Erben
Mayo Clinic. Jacksonville, Florida, EE. UU.
erben.young@mayo.edu

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

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

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

Jorge Fernández-Noya
Hospital Universitario de A Coruña. A Coruña
jfernoy@gmail.com

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

Luis Riera
Hospital Quirón San José. Madrid
piperiera@yahoo.es

Mónica M. Torres Fonseca
Hospital Universitario de Getafe. Getafe, Madrid
monitorfon@gmail.com

Ángel Flores
Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo
aflores@sescam.jccm.es

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

August Ysa
Hospital de Cruces. Barakaldo, Bilbao
augustysa@telefonica.net

Exdirectores

A. Martorell M. P. Martorell M.A. Cairols (2001-2005) F. Acín (2005-2009) F. Vaquero (2009-2013) F. Lozano (2013-2017) J. A. González Fajardo (2017-2025)



Fundación de la Sociedad Española
de Angiología y Cirugía Vascul

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

Órgano Oficial de las Sociedades Autonómicas/Regionales:

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

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

71

Congreso SEACVE

26 - 29 Mayo 2026

Sitges



seacve

Sociedad Española de
Angiología, Cirugía
Vascular y Endovascular

71 Congreso SEACVE

26 - 29 Mayo 2026

SITGES - BARCELONA

JUNTA DIRECTIVA SEACVE

Presidente

José Ramón March García

Vicepresidenta primera

Mercedes Guerra Requena

Vicepresidente segundo

Sergi Bellmunt Montoya

Secretaria

Lourdes del Río Solá

Tesorera

Andrés García León

VOCALES

Vicesecretario

Álvaro Fernández Heredero

Vocalía de Investigación

Joaquín de Haro Miralles

Vocalía de Formación Continuada

Begoña Gonzalo Villanueva

Vocalía de Relaciones Internacionales

Jorge Fernández Noya

Vocalía de Asuntos Profesionales, Práctica Privada y Cooperación Internacional

Concepción Bernardos Alcalde

Vocalía de Registro

Sara González Sánchez

Vocalía de Comunicación, Redes y Presencia en web

Fernando Gallardo Pedrajas

Vocalía de Comunicación, Redes y Presencia en web

Juan Carlos Fletes Lacayo

Vocalía de Nuevas Tecnologías e Innovación

Laura Gálvez Núñez

Vocalía de Universidades

Albert Clará Velasco

Vocalía de Especialistas en Formación

María Isabel Badell Fabelo

COMITÉ CIENTÍFICO

Álvaro Torres

Noelia Cenizo

Ciro Baeza

Mónica Torres

Carlos Martínez Rico

Joan Fité Matamoros

Alexia Paluso

Miguel Martín Pedrosa

COMITÉ ORGANIZADOR

Sergi Bellmunt Montoya

Nicolás Allegue

Josep Royo

Iván Constenla

Sumario

Vol. 78 Supl. 1

COMUNICACIONES ORALES	1
PANELES	53
E-PÓSTERES	96

sumario



COMUNICACIONES ORALES

CO 8. HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR FRENTE A RIVAROXABÁN PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA POSCIRUGÍA. REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

Albert González Sagredo¹, Jaime Hospedales Salomo¹, Jesús Villoria², Sebastián Videla Ces³

¹Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona.

²Department of Design and Biometrics. Medicaxt.

Madrid. ³Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona

Objetivos: Determinar si rivaroxabán ofrece un perfil de eficacia y seguridad comparable a la heparina de bajo peso molecular (HBPM) en la prevención de enfermedad tromboembólica venosa (EDEV) poscirugía.

Material: Se incluyeron ensayos clínicos aleatorizados que compararan HBPM y rivaroxabán como profilaxis de EDEV posquirúrgica, sin restricción de tipo de cirugía. Las variables analizadas fueron la eficacia, medida como la incidencia de EDEV, y seguridad, evaluada mediante la incidencia de sangrados mayores.

Metodología: El estudio fue registrado en PROSPERO (CRD420261293821) y se redactó conforme a las guías PRISMA. Se realizó una revisión sistemática de la literatura utilizando las bases de datos electrónicas Medline y Scopus. Los estimados de los efectos conjuntos se calcularon mediante el método de Mantel-Haenszel. Los intervalos de confianza de los estimados de los efectos conjuntos se han calculado mediante el método de Hartung y Knapp.

Resultados: De 1063 estudios identificados, 985 se descartaron por título/resumen, y de los 78 restantes, 6 estudios cumplieron criterios de inclusión (4 en cirugía ortopédica, 1 en cirugía torácica, 1 en ginecología). Los pacientes bajo profilaxis con rivaroxabán presentaron una menor incidencia (estadísticamente significativa) de EDEV en comparación

con HBPM (OR, IC 95 %, 0,54 [0,30; 0,98]), con una mayor incidencia (no estadísticamente significativa) de sangrados (OR, IC 95 %, 1,72 [0,75-3,94]).

Conclusiones: Rivaroxabán es más eficaz que HBPM en la prevención de EDEV poscirugía y puede considerarse el fármaco de elección en pacientes con bajo riesgo de sangrado. En cambio, en pacientes con alto grado como aquellos con enfermedad renal avanzada, enfermedad hepática, antecedentes de hemorragia gastrointestinal, o uso concomitante de antiagregantes, debe emplearse HBPM.

CO 131. SEGURIDAD Y EFICACIA DE LA ENDOABLACIÓN TÉRMICA POR RADIOFRECUENCIA EN EJES SAFENOS DE GRAN TAMAÑO

Javier Rodríguez Padilla, Maureen Cuello Bertel, Isabel Lago Rivas, Alberto Selgas Torres, Esther Vázquez Rodríguez

Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés, Madrid

Objetivos: Evaluar la eficacia y seguridad de la ablación térmica endovenosa mediante radiofrecuencia (RFA) en ejes safenos de gran tamaño (≥ 15 mm). Este subgrupo anatómico ha sido escasamente estudiado en la literatura, con pocos artículos disponibles y evidencia limitada que respalde su manejo con técnicas termoablativas.

Material: Se incluyó una cohorte de 254 pacientes, con un total de 365 ejes safenos tratados mediante ablación térmica por radiofrecuencia entre octubre de 2020 y mayo de 2025, todos con ejes safenos de al menos 15 mm de diámetro. La media del diámetro fue de 19,47 mm, alcanzando un máximo de 34,8 mm.

Metodología: Se diseñó un estudio observacional prospectivo con seguimiento a 12 meses.

Todos los pacientes fueron tratados mediante RFA con catéter ClosureFast® según protocolo estandarizado. Se realizaron controles clínicos y ecográficos en el posoperatorio inmediato y en las revisiones a 1, 3, 6 y 12 meses. Se evaluaron como variables secundarias el dolor (EVA), la severidad clínica (VCSS), la calidad de vida (CIVIQ-20) y la aparición de complicaciones.

Resultados: La tasa de oclusión fue del 93,7 % a los 12 meses del seguimiento. No se registraron eventos tromboticos (EHIT), hiperpigmentación ni quemaduras. La induración dolorosa fue más frecuente en venas > 23 mm, pero remitió en todos los casos. El EVA mostró una reducción del 81,4 %, pasando de 2,8 a 0,52. El VCSS disminuyó un 83,7 % (de 8,3 a 1,35) y el cuestionario CIVIQ-20 mostró una mejoría del 46,8 % (de 47 a 25 puntos). Todas las mejoras fueron estadísticamente significativas.

Conclusiones: La ablación térmica por radiofrecuencia es una técnica eficaz y segura para el tratamiento de ejes safenos de gran tamaño, con tasas de oclusión óptimas y una mejora clínica y funcional marcada.

CO 6. DIÁMETRO FRENTE A VOLUMEN EN LA VIGILANCIA DE ANEURISMAS DE AORTA ABDOMINAL PEQUEÑOS: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

Sergio Asensio Rodríguez, Sandra Pérez Fernández, Eva Álvarez García, José Miguel Martín Pedrosa, M.^a Lourdes del Río Solá
Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid

Introducción y objetivos: El diámetro máximo es la métrica estándar para la vigilancia de los aneurismas de aorta abdominal (AAA); sin embargo, la evaluación volumétrica podría detectar cambios en el tamaño global del saco aneurismático no reflejados en el diámetro. El objetivo fue evaluar, en AAA pequeños, la relación entre diámetro y volumen, analizando su correlación basal, la concordancia de los cambios longitudinales y la tasa media de crecimiento volumétrico.

Material: Estudios observacionales que evaluaban AAA infrarrenales pequeños, nativos y no tratados, mediante técnicas de imagen tridimensional.

Metodología: Se realizó una revisión sistemática y metaanálisis siguiendo las recomendaciones PRISMA. Se efectuó una búsqueda en MEDLINE, Embase y Cochrane hasta mayo de 2025. Dos revisores realizaron de forma independiente la selección de estudios, la extracción de datos y la evaluación del riesgo de sesgo (herramienta QUIPS). El crecimiento volumétrico se analizó como variable continua ($\text{cm}^3/\text{año}$) y la heterogeneidad mediante el estadístico I^2 .

Resultados: Se incluyeron once cohortes. Cinco estudios (471 pacientes) aportaron datos para el análisis de la correlación basal, observándose una correlación fuerte entre el diámetro máximo y el volumen aneurismático ($r = 0,74$; IC 95 %: 0,66-0,80; $I^2 = 56$ %). La correlación entre los cambios longitudinales en diámetro y volumen fue moderada y consistente ($r = 0,63$; IC 95 %: 0,54-0,70; $I^2 = 0$ %). Cuatro cohortes contemporáneas (655 pacientes) contribuyeron al análisis del crecimiento volumétrico, con una expansión media combinada de $11,45 \text{ cm}^3/\text{año}$ (IC 95 %: 10,07-12,83; $I^2 = 69$ %).

Conclusiones: En los AAA pequeños, el diámetro y el volumen basales están fuertemente correlacionados, lo que respalda el uso del diámetro como sustituto pragmático del tamaño inicial. No obstante, la concordancia solo moderada entre los cambios longitudinales sugiere que la evaluación volumétrica puede detectar progresión aneurismática no identificada mediante mediciones seriadas del diámetro.

CO 245. EL USO DE ESTATINAS PERIOPERATIVAS EN REPARACIÓN DE ANEURISMAS AÓRTICOS EN MORTALIDAD A LARGO PLAZO. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

Luis Eduardo Salinas Ruiz, Óliver Antonio Gómez Gutiérrez, Cecilio Armengol García, Óscar Alejandro de la Torre, Mauricio González Urquijo, Mario Alejandro Fabiani
Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey. Monterrey, México

Objetivos: Evaluar el impacto del uso perioperatorio de estatinas sobre la supervivencia a largo plazo en pacientes sometidos a cirugía electiva de reparación de aneurisma aórtico, considerando las inconsistencias actuales de guías clínicas respecto a su indicación en este contexto.

Material: Bases de datos públicas.

Metodología: Se realizó una revisión sistemática y metaanálisis (PROSPERO ID: CRD42024565391) que incluyó estudios en adultos sometidos a reparación no emergente de aneurisma aórtico, comparando el uso de estatinas con su no uso. Se incluyeron ensayos clínicos aleatorizados y estudios de cohorte que reportaran desenlaces clínicos relevantes. La búsqueda sistemática se efectuó en PubMed, Web of Science, Scopus y Cochrane Central Register of Controlled Trials hasta mayo 2024 y se volvió a realizar el 1 de febrero 2026. Los desenlaces primarios fueron la mortalidad global a 10 años, la mortalidad global a 5 años y la mortalidad a 30 días. Se realizaron análisis por subgrupos según el tipo de cirugía (EVAR y cirugía abierta), localización del aneurisma y tipo de aneurisma.

Resultados: Se incluyeron 26 estudios de cohorte con un total de 113 416 pacientes, de los cuales 63 606 recibieron estatinas y 49 810 no las recibieron. El uso de estatinas se asoció con una reducción significativa del riesgo de mortalidad global tanto a los 10 años (logHR -0,46) como a los 5 años (logHR -0,41). Este beneficio fue consistente entre los subgrupos de aneurisma aórtico abdominal (AAA), reparación endovascular (EVAR), reparación abierta (OAR) y aneurismas infrarrenales. Asimismo, la mortalidad a 30 días fue significativamente menor en el grupo tratado con estatinas (OR 0,61; IC 95 %, 0,45-0,81; $p < 0,001$), aunque con una heterogeneidad elevada ($I^2 = 81,4$ %), lo que destaca un efecto particularmente notable en el subgrupo de cirugía infrarenal.

Conclusiones: El uso perioperatorio de estatinas en pacientes sometidos a reparación electiva de aneurisma aórtico se asocia con una disminución significativa de la mortalidad a 10 y 5 años, así como a 30 días. Sin embargo, la principal limita-

ción radica en que la evidencia proviene exclusivamente de estudios no aleatorizados, lo que implica un riesgo elevado de sesgo y limita la solidez de las conclusiones.

CO 155. ESTUDIO DE LA INTEGRIDAD DEL ADN LIBRE CIRCULANTE COMO MARCADOR DE VULNERABILIDAD DE LA PLACA DE ATEROMA CAROTÍDEO

María Álamo Rodríguez, Emma Plana Andani, Marcos Rojas Diago, José Carlos Roselló Paredes, Sara Dolores Hernández López, Manuel Miralles Hernández

Hospital Universitari i Politècnic La Fe. València

Introducción y objetivos: El ADN libre circulante (cfADN) se encuentra en plasma como consecuencia de la muerte celular (apoptosis o necrosis) o por secreción activa. Estudios previos han asociado la aterosclerosis con una disminución de la integridad del cfADN. Analizar la integridad del cfADN como posible marcador de vulnerabilidad de la placa carotídea asociada a sintomatología neurológica isquémica.

Material: Pacientes con estenosis de carótida sintomática reciente (ictus, accidente isquémico transitorio, *amaurosis fugax* < 3 semanas de evolución, $n = 35$) y pacientes con estenosis carotídea asintomática (grupo control, $n = 66$).

Metodología: Aislamos cfADN a partir de plasma. Cuantificamos, por PCR cuantitativa, fragmentos de ADN pequeños (≤ 115 pares de bases, pb) y grandes (≥ 247 pb) de dos secuencias repetitivas del genoma, Alu (Alu-115pb; Alu-247pb) y Line1 (Line1-97pb; Line1-266pb), y de un gen asociado con aterosclerosis, *HTRA1* (HTRA1-90pb; HTRA1-250pb). Calculamos la integridad como el ratio entre los fragmentos largos y cortos de cada secuencia. Analizamos si los fragmentos de distintos tamaños y su integridad se asociaban con la presencia de sintomatología neurológica mediante un análisis no paramétrico y curvas ROC, utilizando GraphPad Prism 8.0.0.

Resultados: Observamos un aumento en la concentración de los distintos fragmentos Alu-115pb y Alu-247pb ($p = 0,0003$; $p = 0,0421$, respectivamente), Line1-97pb ($p = 0,0109$) y HTRA1-90pb ($p = 0,0053$) en pacientes sintomáticos. Además, los pacientes sintomáticos presentaron una menor integridad de Alu y Line1 ($p = 0,006$ y $p = 0,0016$). La mayor capacidad de discriminación entre grupos la presentó el fragmento Alu-115pb (AUC = 0,718; IC 0,613-0,823; $p = 0,0003$).

Conclusiones:

1. Nuestros resultados sugieren que la concentración de fragmentos de cfADN y la integridad de genes repetitivos del genoma como Alu y Line1 son potenciales marcadores de vulnerabilidad de placa de aterosclerosis carotídeo y de riesgo de accidente isquémico.
2. Este tipo de marcadores podrían contribuir a la monitorización de pacientes con estenosis de carótida.

ISCI-FEDER (PI20/01171, FI21/00171, PI23/0449, PI24/01607), SETH.

CO 84. DESARROLLO DE DETERIORO COGNITIVO Y DEMENCIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA

María Mascaró Óliver, I. Gajardo, Lidia Marcos García, Alina Velescu, Albert Clarà Velasco, Roberto Elosua Llanos

Hospital del Mar. Barcelona

Objetivos: La posible relación entre enfermedad arterial periférica (EAP) y deterioro cognitivo o demencia han sido objeto de controversia. Este estudio tuvo dos objetivos: primero, analizar la asociación entre el índice tobillo-brazo (ITB) y los cambios en el rendimiento cognitivo a lo largo de 7 años; y segundo, evaluar la relación entre el ITB y la incidencia de demencia a largo plazo.

Material: La población estudiada provino de tres cohortes poblacionales prospectivas reclutadas en una ciudad española de 100 000 habitantes en 1995,

2000 y 2005, y seguidas hasta 2023. Para el primer objetivo, 2884 participantes mayores de 55 años de las tres cohortes fueron evaluados simultáneamente mediante ITB y test cognitivos entre 2008 y 2012, con una segunda evaluación de los mismos test cognitivos a los 7 años. Para el segundo objetivo, se siguieron los 6805 participantes (25-75 años) de la tercera cohorte (que incluía ITB basal) desde su reclutamiento (2005) hasta 2023.

Metodología: La aparición de demencia clínica se identificó mediante registros regionales informatizados. Para evaluar la relación entre el ITB y los cambios de función cognitiva y el desarrollo de demencia, se aplicaron modelos de regresión lineal múltiple y de Cox, ajustando por posibles factores de confusión.

Resultados: En el análisis transversal, los participantes con menor ITB mostraron peor rendimiento en los test cognitivos. Sin embargo, no se observó asociación entre el ITB y empeoramiento de las pruebas cognitivas con el tiempo en los modelos multivariados. Durante el seguimiento, 405 de los 6805 participantes desarrollaron demencia, sin encontrar una relación significativa entre el ITB bajo o la EAP sintomática y un mayor riesgo de demencia en los modelos multivariados.

Conclusiones: Los niveles bajos de ITB o la presencia de EAP no se asocian en el tiempo con un mayor deterioro cognitivo ni con mayor incidencia de demencia. Estos resultados apoyan la hipótesis de que no existe una relación causal entre la EAP y deterioro cognitivo, en línea con estudios recientes basados en aleatorización mendeliana.

CO 229. EJERCICIO SUPERVISADO: UNA HERRAMIENTA ESENCIAL EN EL TRATAMIENTO DE LA CLAUDICACIÓN INTERMITENTE. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Celia López García, Marina Agudo Montore, Andrés Mateo Vintimilla Izquierdo, José Damián Herrera Mingorance, José María Moreno Escobar
Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada

Objetivos: Evaluar la evolución funcional de pacientes con claudicación intermitente tras realizar ejercicio supervisado hospitalario frente a ejercicio domiciliario con recomendaciones, desde un enfoque clínico y de calidad de vida.

Material: Se reclutaron 40 pacientes de forma prospectiva con claudicación intermitente de etiología vascular limitante (< 500 m), candidatos a programa de ejercicio. El ejercicio supervisado se ofreció a los pacientes candidatos, incluyéndose aquellos que aceptaron participar y podían desplazarse al hospital ($n = 21$), mientras que el resto realizaron ejercicio domiciliario con recomendaciones ($n = 19$), junto con tratamiento médico óptimo y control de factores de riesgo.

Metodología: Estudio observacional prospectivo de cohortes. Se realizaron evaluaciones al inicio y a 1, 3, 6 y 12 meses. Se analizaron las mejorías relativas (%) en distancia y tiempo hasta inicio de claudicación (COD y COT) y en distancia máxima recorrida y tiempo máximo de marcha (PWD y PWT), mediante prueba estandarizada en cinta rodante. Se estudiaron además parámetros analíticos y cuestionarios de calidad de vida (EuroQoL-5D y WIQ). Se realizó un análisis descriptivo y bivalente mediante IBM SPSS. Las comparaciones entre grupos para variables cuantitativas se realizaron mediante t de Student (bilateral).

Resultados: Se incluyeron 40 pacientes (edad media 66 ± 7 años; 97,5 % varones), con alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, sin diferencias basales significativas entre grupos ni en ITB. El 100 % de los pacientes del grupo supervisado completó el programa de 12 meses. A los 12 meses, el grupo supervisado presentó mayor mejoría relativa en PWD (341 % frente a 102 %; $p < 0,001$), PWT (339 % frente a 126 %; $p < 0,001$), COD (419 % frente a 80 %; $p = 0,016$) y COT (272 % frente a 87 %; $p = 0,019$) respecto al grupo domiciliario. No se observaron diferencias significativas entre grupos en EuroQoL-5D, aunque el WIQ mostró tendencia favorable al grupo supervisado. Tampoco se hallaron diferencias en parámetros analíticos ni en ITB.

Conclusiones: El ejercicio supervisado se asocia a una mejoría funcional significativa y sostenida hasta 12 meses en pacientes con claudicación intermitente. Estos resultados respaldan la incorporación de programas estructurados de ejercicio supervisado en la práctica clínica habitual.

CO 152. ENSAYO CLÍNICO ABIERTO DE FASE I, PRIMERO EN HUMANOS, PARA EVALUAR LA VIABILIDAD Y LA SEGURIDAD DE VENAS DE INGENIERÍA TISULAR EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA (TECVI-1). PRIMEROS RESULTADOS

Andrés García León¹, José Patricio Lineares Palomino², Manuel Rodríguez Piñero³, Antonio Romera Villegas⁴, Laura Calsina Juscafresa⁵, Ana Moreno Reina⁶, Luis Miguel Salmerón Febres⁷

¹Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

²Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

³Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. ⁴Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona. ⁵Hospital del Mar. Barcelona. ⁶Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén.

⁷Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada

Objetivos: Los pacientes con insuficiencia venosa profunda (IVP) presentan una variedad de síntomas que incluyen edema, dolor, varices, cambios tróficos y ulceraciones en miembros inferiores, mostrando reducción de la calidad de vida y teniendo unos altos costes asociados. El tratamiento mediante compresión puede mejorar la sintomatología, pero no aborda la enfermedad subyacente y tiene una eficacia limitada. La cirugía mediante reconstrucción valvular, transposición venosa y otras técnicas, ha presentado diferentes resultados sin estandarizarse un tratamiento. El objetivo propuesto es estandarizar una terapia para recuperar la competencia venosa femoral y así cambiar el curso clínico de la IVP.

Material: Usando ingeniería de tejidos, Verigrant desarrolló una terapia avanzada: un segmento de vena alogénica donada, sana y valvulada, se personaliza (P-TEV) y luego se implanta quirúrgicamente en la vena femoral para restaurar la competencia del SVP.

Metodología: Para evaluar la viabilidad y seguridad de venas de ingeniería tisular en pacientes con IVP, se ha llevado a cabo un ensayo clínico abierto en fase I, primero en humanos (TECVI-1; NCT03784131).

Resultados: De enero de 2023 a junio de 2025 se implantaron 11 P-TEV con un seguimiento de 12 meses. Se evaluó la seguridad y eficacia, mediante eco Doppler y cuestionarios (VCSS, VEINES). Ninguno de los criterios de seguridad analizados, como trombosis, infección o complicaciones quirúrgicas, ocurrieron en relación causal con el producto. La equimosis fue el acontecimiento adverso más común (27,3 %). Se objetivaron dos trombosis, una relacionada con la falta de anticoagulación. El injerto se mantuvo competente en 81,8 % al mes y 63,6 % a los 12 meses. Se observó una mejoría de los síntomas y calidad de vida con significación estadística para VCSS de la extremidad operada, con una salud general (EQ5D-5L) estable.

Conclusiones: La recuperación de la funcionalidad del SVP mediante el implante de un PTEV se muestra como una terapia segura, cuya eficacia deberá ser evaluada en un ensayo clínico fase II con un mayor número de pacientes, los cuales actualmente carecen de una alternativa terapéutica estandarizada.

CO 187. VALOR PRONÓSTICO DE LOS ÍNDICES DE CALCIFICACIÓN ARTERIAL TRAS EL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE NOVO DE LA ARTERIA FEMORAL SUPERFICIAL: SEGUIMIENTO A 5 AÑOS

María Marcet Recolons, Kerbi Alejandro Guevara Noriega, Pablo Javier Salvaré Heikel, Javier Ramírez Ruiz, Oriol Demestre García, Diego Sisa Elizeche
Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell, Barcelona

Objetivos: La calcificación arterial representa un marcador patognomónico de la aterosclerosis. El objetivo del estudio es evaluar la asociación entre el grado de calcificación arterial, cuantificado mediante diferentes sistemas de puntuación validados,

y los desenlaces clínicos a largo plazo tras el tratamiento endovascular de lesiones *de novo* de la arteria femoral superficial (AFS).

Material: Se incluyeron 82 extremidades sometidas a intervención endovascular primaria de la AFS durante 2020, procedentes de una base de datos con recogida prospectiva. La evaluación preoperatoria se realizó mediante angio TC de miembros inferiores.

Metodología: La calcificación arterial se cuantificó mediante tres sistemas: Peripheral Artery Calcification Scoring System (PACSS), índice de Fanelli y sistema Definitive Ca++. Se recogieron variables demográficas, estadio clínico, comorbilidades, características técnicas y resultados durante un seguimiento de 5 años. Los *endpoints* primarios fueron: tasa global de reintervención, eventos adversos mayores de extremidad (MALE), supervivencia libre de amputación y supervivencia global. Se realizó análisis de regresión de Cox para determinar el valor predictivo independiente de cada *score* sobre los desenlaces clínicos. Asimismo, se analizó la asociación entre variables clínicas y el grado de calcificación.

Resultados: Un mayor grado de calcificación se asoció con peores resultados clínicos. El índice de Fanelli mostró una asociación significativa con mayor tasa de reintervención ($p = 0,042$) y menor supervivencia libre de MALE ($p = 0,031$). En el análisis multivariante, la calcificación grado 4 según Fanelli se comportó como predictor independiente de reintervención y MALE. PACSS y Definitive Ca++ no alcanzaron significación estadística para predecir desenlaces en esta cohorte. Entre las variables clínicas, la dislipidemia ($p = 0,03$) y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica ($p = 0,026$) se asociaron con grados más elevados de calcificación según Fanelli.

Conclusiones: El índice de Fanelli demostró mayor capacidad predictiva de eventos clínicos adversos a largo plazo tras tratamiento endovascular *de novo* de la AFS, en comparación con PACSS y Definitive Ca++. La estratificación preoperatoria basada en este *score* podría mejorar la planificación terapéutica y la selección de dispositivos en el sector femoropléteo.

Retirada

Retirada

CO 87. IMPACTO DE LOS FACTORES SOCIOECONÓMICOS EN LA HISTORIA NATURAL DEL PACIENTE CON ISQUEMIA CRÓNICA AMENAZANTE DE EXTREMIDAD REVASCULARIZADO

Marc López Rubio¹, Magdeh Kalil Filló², Laura Calsina Juscafresa¹, Lidia Marcos García¹, María Mascaró Óliver¹, Albert Clarà Velasco¹

¹Hospital del Mar. Barcelona. ²Universitat Pompeu Fabra. Barcelona

Objetivos: Los factores sociales, económicos y educativos inciden en el pronóstico de múltiples enfermedades. Estos pueden medirse indirectamente a través del índice socioeconómico territorial (IST), que aglutina en una cifra los seis factores socioeconómicos que caracterizan la sección censal (1000-2500 habitantes) donde vive el pa-

ciente. A mayor IST, mayor nivel socioeconómico. El objetivo de este estudio fue evaluar la asociación del IST con la supervivencia global y salvamiento de extremidad en pacientes con isquemia crónica amenazante de extremidades sometidos a revascularización (ICAER).

Material: Cohorte histórica de 293 pacientes consecutivos con ICAER en un centro terciario entre 2014 y 2018.

Metodología: Basalmente se registraron edad, sexo, índice de comorbilidad de Charlson, grado clínico, técnica de revascularización y el IST correspondiente al domicilio del paciente. Durante el seguimiento, se recogieron la amputación mayor ipsilateral y la supervivencia. La asociación entre el IST y la supervivencia global y el salvamiento de extremidad se analizaron mediante regresiones de Cox y *splines* penalizados ajustados por edad, sexo, Charlson, grado clínico y tratamiento revascularizador realizado.

Resultados: Se evaluaron 293 pacientes (mediana edad 74 años, 72,7 % varones), con una mediana de IST de 96,8 (48,9-133,5), intervenidos mediante cirugía abierta (42,7 %) o endovascular (57,3 %). A lo largo del seguimiento (mediana 3,5 años), 236 (80,5 %) fallecieron y 44 (15 %) requirieron una amputación mayor, con una supervivencia global y salvamiento de extremidad a 5 años del 40,8 % y 82,5 %, respectivamente. Todos los modelos multivariantes mostraron una asociación protectora estadísticamente significativa a mayor IST con la supervivencia global y, más estrechamente, con el salvamiento de extremidad, relaciones que fueron lineales con un mejor punto de corte alrededor de IST = 100. Los pacientes con IST < 100 presentaron menor supervivencia a 5 años (38,2 frente a 45,5 %) y mayor riesgo de amputación mayor (24,5 frente a 7,2 %).

Conclusiones: El IST asociado a cada paciente con ICAER se relaciona de forma independiente con la supervivencia y, más estrechamente, con el riesgo de amputación mayor, lo que debería conducir a nuevas vías de prevención.

CO 91. VALIDEZ EXTERNA DE LA EVIDENCIA DISPONIBLE EN ISQUEMIA CRÍTICA DE EXTREMIDADES INFERIORES: COMPARACIÓN DE UNA COHORTE LOCAL CON EL ESTUDIO PROSPECTIVO BRITÁNICO BASIL- PROSPECTIVE COHORT STUDY

Roberto Ney Díaz, Xabier Cabezuelo Adame, June Blanco Larizgoitia, June Fernández Fernández, María Gutiérrez Fernández de Velasco, Melina Vega de Céniga

Hospital Universitario Galdakao-Usansolo. Bilbao

Introducción y objetivos: El ensayo clínico BASIL-2 presenta importantes limitaciones de validez externa, dado que solo el 4 % de los pacientes con isquemia crítica de extremidades inferiores (IC-EEII) evaluados fueron finalmente aleatorizados. El BASIL Prospective Cohort Study (BASIL-PCS) describe la cohorte unicéntrica consecutiva de pacientes con IC-EEII de la que se seleccionaron algunos pacientes para BASIL-2. Nuestro objetivo es comparar nuestra cohorte local con el BASIL-PCS, para valorar la extrapolabilidad y adopción de su marco científico en nuestro entorno asistencial.

Material: Cohorte prospectiva unicéntrica de pacientes consecutivos ingresados por IC-EEII.

Metodología: Se realizó un análisis retrospectivo de una cohorte prospectiva, seleccionando el intervalo junio 2014-julio 2018 (periodo idéntico al BASIL-PCS). Se recogieron variables demográficas (edad, sexo), clínicas (tabaquismo, diabetes *mellitus*, comorbilidad, sector afectado) y el tratamiento realizado (revascularización o no). En el sector infrapoplíteo (IP), se compararon el salvamento de extremidad y la supervivencia de pacientes tratados mediante cirugía abierta o tratamiento endovascular (TEV) mediante Kaplan-Meier.

Resultados: Incluimos 345 pacientes (BASIL-PCS, $n = 471$): 247 (71,6 %) hombres (BASIL-PCS 66 %), edad media de 73,8 años (BASIL-PCS 73,4 años), 234 (67,9 %) fumadores (BASIL-PCS 76 %), 206 (59,7 %) diabéticos (BASIL-PCS 51 %), 100 (29 %) con cardiopatía isquémica (BASIL-PCS 42 %) y 39 (11,3 %)

con ictus previo (BASIL-PCS 18 %), 29 (8,4 %) en hemodiálisis (BASIL-PCS 6 %). El 80,6 % de los pacientes ($n = 278$) presentaba lesiones tróficas (BASIL-PCS 79 %). El 73,9 % de los pacientes ($n = 255$) fue revascularizado (BASIL-PCS 67,1 %). El tiempo de seguimiento medio fue de 41,2 meses (rango 0,97-71,83). En el sector infrapoplíteo ($n = 65$; 25,5 %) (BASIL-PCS 23,7 %), la revascularización abierta ($n = 19$; 29,2 %) obtuvo mayores tasas de salvamento de extremidad que el TEV ($n = 46$; 70,8 %) ($p = 0,043$), con similar supervivencia ($p = 0,97$).

Conclusiones: Nuestra cohorte es clínicamente similar a la descrita en BASIL-PCS. Ambas muestran la heterogeneidad de los pacientes con IC-EEII y la escasa aplicabilidad de los hallazgos de BASIL-2 en la práctica clínica habitual. De forma similar al ensayo clínico BEST-CLI, en nuestra cohorte la revascularización infrapoplíteo abierta obtuvo mayor salvamento de extremidad que el TEV, sin aumento de la mortalidad.

CO 121. COCIENTE NEUTRÓFILO/LINFOCITO PREOPERATORIO COMO PREDICTOR DE SUPERVIVENCIA TRAS REPARACIÓN DE AORTA ENDOVASCULAR CON PRÓTESIS FENESTRADA (FEVAR)

Patricia Ramírez González, Marina Zalve Vicedo, Roxana Elena Gorán, Rodrigo Pelayo Yoldi Martín-Calpena, Inmaculada Martínez Perelló, Francisco J. Gómez Palonés
Hospital Universitari Dr. Peset. València

Objetivos: Determinar la relación entre el cociente neutrófilo/linfocito (CNL) preoperatorio y la mortalidad en pacientes sometidos a FEVAR.

Material: Estudio retrospectivo unicéntrico, incluyendo pacientes intervenidos mediante FEVAR (2013-2024) que disponían de hemograma completo en los 30 días previos a la intervención.

Metodología: El CNL se calculó dividiendo el recuento absoluto de neutrófilos por el de linfocitos,

empleando el punto de corte CNL = 4 basado en la última evidencia disponible hasta el momento. Se clasifican en:

- Grupo 1(G1): CNL < 4.
- Grupo 2(G2): CNL \geq 4.

Se estudian las variables demográficas y comorbilidades de los pacientes (sexo, edad, IMC, tabaquismo, HTA, diabetes, dislipemia, enfermedad coronaria, ICC, EPOC, ERC3-4, arteriopatía periférica, estado preoperatorio ASA \geq 3), así como la supervivencia al año, 3 y 5 años, el diámetro máximo del saco, reducción del mismo al año de la intervención y tasa de reintervención mediante curvas de Kaplan-Meier y modelo de regresión de Cox.

Resultados: Se incluyen 77 pacientes (94,8 % varones, edad media 72 años) de los cuales 52 (67,5 %) pertenecen al G1 y 25 al G2 (32,5 %). Ambos grupos son comparables demográficamente salvo mayor prevalencia de EPOC en G2 ($p < 0,005$). Mediana de seguimiento: 63 meses (r : 21,3-180). La supervivencia al año, 3 y 5 años fue del 100 %, 96 % y 93,5 % para el G1 y del 100 %, 79,2 % y 58,3 % para el G2, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$); HR = 4,52 (IC 95 %, 2,07-9,88, $p < 0,001$). Además, los pacientes que sobrevivieron presentaron un CNL significativamente menor que los fallecidos (2,9 frente a 5,12; $p < 0,001$). La tasa de regresión del saco al año de la intervención fue similar en ambos grupos (48,1 % G1 y 40 % G2) sin diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,505$). La tasa de reintervención relacionada con la aorta a 5aa fue del 19,2 % en G1 y 32 % en G2, sin diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,215$). Mediante análisis uni- y multivariante de Cox se obtiene que el CNL ($p = 0,001$) es un factor independiente asociado a una mayor mortalidad, junto con la edad ($p = 0,043$), ERC 3-4 ($p = 0,004$), DM ($p = 0,003$), reducción del saco < 5 mm al año ($p < 0,001$), diámetro máximo del saco ($p = 0,022$).

Conclusiones: Un CNL \geq 4 preoperatorio se asocia con una mayor mortalidad a medio y largo plazo en pacientes intervenidos mediante FEVAR, lo que podría convertirse en un marcador simple y eficaz para la estratificación pronóstica preoperatoria.

CO 127. ECOGRAFÍA DOPPLER EN LA PLANIFICACIÓN QUIRÚRGICA DEL BYPASS INFRAINGUINAL Y CONCORDANCIA CON LA ARTERIOGRAFÍA

Julia Escalada Barrado, Natalia Moradillo Renuncio, Gonzalo González Pérez, Ruth Fuente Garrido, Paula Moja González, Ignacio de Loyola Agúndez Gómez

Hospital Universitario de Burgos. Burgos

Objetivos: Analizar la concordancia entre la ecografía y la arteriografía en la caracterización de las lesiones arteriales en pacientes intervenidos de revascularización infrainguinal mediante *bypass*, y evaluar la utilidad de la ecografía como prueba única para la planificación quirúrgica en nuestro centro.

Material: Estudio retrospectivo unicéntrico que incluye pacientes con enfermedad arterial periférica intervenidos mediante *bypass* entre enero de 2020 y diciembre de 2025 ($n = 100$).

Metodología: Se recogen variables epidemiológicas, factores de riesgo cardiovascular, comorbilidad, grado Rutherford, tipo de *bypass* y propuesta quirúrgica basada en ecografía. El patrón de lesión arterial se clasifica según severidad (ausencia, no significativa, significativa u oclusión) tanto en ecografía como arteriografía, por segmentos: femoral común (AFC), femoral profunda (AFP), femoral superficial (AFS) (tercios superior, medio e inferior), poplítea (1.ª, 2.ª y 3.ª porción), tibial anterior proximal, tronco tibio-peroneo (TTP), tibial posterior, peronea y tibial anterior distal/pedia. La correlación se mide mediante el índice Kappa, considerándose: $\leq 0,20$, pobre; 0,21-0,40, baja; 0,41-0,60, moderada; 0,61-0,80, buena, y 0,81-1,00, excelente.

Resultados: La edad media de la muestra es $70,2 \pm 9,1$ años, siendo 87,8 % varones. El 84 % son hipertensos, 71,7 % dislipémicos, 56,5 % diabéticos, 40,4 % fumadores y el 64,6 % ASA III. El 88,9 % se encuentra en estadio Rutherford 5. El *bypass* más realizado es el fémoro-1.ª porción poplítea (50,5 %). Se observa una correlación en el diagnóstico ecográfico vs arteriográfico: excelente en AFC (concor-

dancia 91,84 %, kappa = 0,87) y AFP (concordancia 91,75 %, kappa = 0,86); buena en AFS en tercios superior, medio e inferior (concordancia de 89,8 %, 92,9 % y 94,95 % y kappa de 0,72, 0,7 y 0,65, respectivamente); e igualmente buena en 1.ª, 2.ª y 3.ª porción poplítea (concordancia de 78,6 %, 79,6 % y 80,61 % y kappa de 0,69, 0,7 y 0,63, respectivamente). En el sector distal la correlación es buena, excepto en TTP y peronea donde resulta moderada. En el 78,9 % de los casos, la ecografía permitió una correcta planificación quirúrgica, con correlación buena (kappa = 0,68) entre el *bypass* propuesto y el finalmente realizado.

Conclusiones: La ecografía presenta una elevada concordancia con la arteriografía y permite una adecuada planificación quirúrgica del *bypass* infrainguinal, apoyando su uso como herramienta diagnóstica principal en nuestra experiencia.

CO 203. PERFIL SÉRICO ANGIOGÉNICO EN VARICES PRIMARIAS: COMPARACIÓN CON SUJETOS SIN ENFERMEDAD VENOSA

Óliver Bonnelly González, Paula Velasco Hernández, Julián Flórez García, María Begoña García Cenador, Sergio Valverde García, Francisco Lozano

Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca

Objetivos: Analizar los niveles séricos de VEGFA, de sus receptores solubles sFlt1 y sKDR, y de angiopoyetina1 (Ang1) y angiopoyetina2 (Ang2) en pacientes con varices primarias, comparados con sujetos sin enfermedad venosa, y evaluar de forma preliminar su evolución durante el primer año tras la cirugía.

Material: Se incluyeron pacientes adultos con varices esenciales candidatos a cirugía y sujetos sin enfermedad varicosa sometidos a intervención quirúrgica en nuestro centro, que actuaron como grupo control. Todos firmaron consentimiento informado. Se obtuvieron muestras séricas basales en ambos grupos y, adicionalmente, a los 3 y 12 meses en el grupo varices.

Metodología: Estudio observacional prospectivo. Las concentraciones séricas de VEGFA, sFlt1, sKDR, Ang1 y Ang2 se determinaron mediante inmunoensayo multiplex. Se compararon los niveles basales entre pacientes con varices y controles, y se analizó de forma exploratoria la variación temporal de los marcadores en el grupo varices. La significación estadística se estableció en $p < 0,05$.

Resultados: En el momento basal, los pacientes con varices presentaron niveles significativamente más elevados de VEGFA, sFlt1 y sKDR que los controles ($p < 0,05$), lo que indica activación sistémica del eje VEGF/VEGFR, fundamental en la proliferación y migración endotelial. Asimismo, Ang1 y Ang2 fueron significativamente superiores en el grupo varices ($p < 0,05$), hallazgo compatible con un desequilibrio del sistema AngTie2 hacia un fenotipo vascular menos estable y más susceptible a la señalización proangiogénica. A lo largo del seguimiento, los marcadores se mantuvieron globalmente en un rango compatible con un estado proangiogénico.

Conclusiones: Los pacientes con varices primarias muestran, ya en el periodo preoperatorio, un perfil sérico claramente proangiogénico, caracterizado por la sobreexpresión de VEGFA, sus receptores solubles y las angiopoyetinas 1 y 2. Este patrón sugiere la existencia de un microambiente vascular predispuesto a la neovascularización, potencialmente relevante en la génesis de la recidiva varicosa. La incorporación de los datos de pacientes con varices recidivadas permitirá confirmar si este panel de biomarcadores puede emplearse como herramienta predictiva de recurrencia tras la cirugía.

CO 37. PERMEABILIDAD SOSTENIDA Y SALVAMENTO DE EXTREMIDAD CON STENT HELICOIDAL 3D BIOMIMICS EN LESIONES FEMOROPOPLÍTEAS COMPLEJAS: NUESTRA EXPERIENCIA PROSPECTIVA EN MAIMÓNIDES

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

Objetivos: Evaluar permeabilidad primaria y salvamento de extremidad, así como evolución a medio-largo plazo tras el implante del *stent* mimético dedicado BIOMIMICS en lesiones complejas del sector femoropoplíteo, fundamentalmente arteria femoral superficial (AFS).

Material: Desde 2018 se incluyen de forma prospectiva pacientes tratados mediante abordaje endovascular por lesiones de AFS en el marco del registro nacional Maimónides. Se presenta el análisis actualizado del brazo de nuestra Unidad, incluyendo 77 pacientes hasta febrero 2026. La edad media fue de 69 años, predominio masculino (85 %) y elevada prevalencia de isquemia crítica (83 %, Rutherford 3-6).

Metodología: Abordaje endovascular exclusivo en el sector femoropoplíteo en todos los pacientes. Se recogieron variables demográficas, factores de riesgo cardiovascular, características morfológicas de la lesión (tipo, localización y grado de calcificación), técnica empleada (predilatación y posdilatación), número y dimensiones del *stent* implantado y estado de vasos de salida. El seguimiento se realizó de forma clínica y mediante eco Doppler al mes, 3, 6 y 12 meses y posteriormente anual. Se realizó angio TC ante sospecha clínica o ecográfica de reestenosis o trombosis *intrastent*. El análisis estadístico se efectuó con el paquete SPSS.

Resultados: Se implantaron 82 *stents* BIOMIMICS en 77 pacientes. El 78 % de las lesiones fueron oclusiones y el 22 % estenosis. La calcificación arterial estuvo presente en el 60 %. La localización predominante fue el tercio medio-distal de la AFS (95 %), con afectación multifocal en el 30 %. En el 93 % de los procedimientos fue suficiente un único *stent*. El seguimiento global máximo fue de 68 meses, con seguimiento medio de 49 meses. Se registraron 11 trombosis, cinco de ellas en los últimos dos años, cuatro de aparición precoz (3 a 8 meses). La permeabilidad primaria fue del 85 % a 12 meses, 83 % a 18 meses y 80 % a 24 meses. Se registraron 8 amputaciones mayores, tres de ellas en los últimos dos años, con salvamento de extremidad del 89 %.

Conclusiones: El *stent* mimético BIOMIMICS mantiene permeabilidad primaria y salvamento de extremidad sostenidos en lesiones femoropoplíteas complejas. Constituye una alternativa eficaz a *stents* convencionales, incluso en escenarios de elevada complejidad, aportando información relevante sobre la durabilidad del dispositivo en práctica clínica real.

CO 170. SEGURIDAD Y EFICACIA A MEDIO PLAZO DE LA LITOTRICIA INTRAVASCULAR EN EL SECTOR ILÍACO Y FEMOROPOPLÍTEO EN PACIENTES CON ISQUEMIA AMENAZANTE DE LOS MIEMBROS

África Duque Santos, Isabel Canabal Conejo, Pablo Montón Prades, Andrés Reyes Valdivia, Antonio Chinchilla Molina
Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Objetivos: La isquemia crónica amenazante de miembros se asocia con un elevado riesgo de amputación mayor y muerte. Además, la calcificación arterial es un predictor negativo de éxito técnico y aumenta el riesgo de complicaciones. La litotricia intravascular (IVL) aplica ondas de choque para modificar el calcio de las capas íntima y media arteriales y aumentar la luz arterial. El objetivo de este estudio es analizar los resultados a medio plazo del IVL como preparación del vaso en el sector ilíaco y femoropoplíteo.

Material: Se realiza un estudio descriptivo, prospectivo y unicéntrico de pacientes con isquemia amenazante de los miembros y calcificación moderada-severa en el sector ilíaco y femoropoplíteo, cuya preparación del vaso se realizó con IVL seguido de *stent* o balón con drogas como terapia final, entre enero del 2021 y diciembre del 2025.

Metodología: Se analizaron el éxito técnico (estenosis residual menor del 30 % tras IVL), complicaciones poslitotricia, tratamiento definitivo, permeabilidad primaria (ausencia de reestenosis > 50 %), reintervención, amputación mayor y *exitus*.

Resultados: 49 pacientes fueron incluidos en el estudio. El estado preoperatorio más frecuente (59,18 %) fue Rutherford V. La longitud media de las lesiones tratadas fue de $9,59 \pm 5,65$ cm, con un 59 % de oclusiones crónicas. El sector más frecuentemente tratado fue el fémoro-poplíteo. El 93,88 % de las recanalizaciones fueron intraluminales, requiriendo acceso retrógrado en un 12,24 % de los casos. Se consiguió el éxito técnico en el 100 % de los casos, sin registrarse complicaciones angiográficas tras la IVL (disección, embolización o trombosis). Respecto al tratamiento definitivo, el 81,63 % recibió balón impregnado en drogas y los restantes *stent*. El seguimiento medio fue de $13,42 \pm 12$ meses. La permeabilidad primaria a 3, 6, 12 y 24 meses fue del 97,73 %, 97,14 %, 91,30 % y 88,24 %, respectivamente. Solo 2 pacientes requirieron reintervención y se realizaron 5 amputaciones mayores.

Conclusiones: El uso de la litotricia intravascular como preparación del vaso en lesiones complejas y cálcicas ha mostrado una elevada permeabilidad y salvamento del miembro a medio plazo, con una baja tasa de reintervención y complicaciones posoperatorias en pacientes con isquemia amenazante de los miembros. Nuevos estudios aleatorizados a largo plazo son necesarios para confirmar estos hallazgos.

CO 126. TIEMPO DE ACELERACIÓN MALEOLAR COMO ALTERNATIVA AL TIEMPO DE ACELERACIÓN PEDAL: RESULTADOS PRELIMINARES

Mar Abadal Jou, Mónica Lacambra Penart, Sonia Pérez Cabezón, Eduardo Mateos Torres, Lorena Romero Montaña, Meritxell Mellado Joan
Hospital del Mar Research Institute. Barcelona

Objetivos: El tiempo de aceleración pedal (PAT) se ha convertido en una prueba hemodinámica muy relevante en el diagnóstico de la isquemia crónica amenazante de la extremidad (ICAE). No obstante, requiere experiencia y tiempo de exploración. Nues-

tro objetivo fue evaluar si el tiempo de aceleración a nivel de la tibial posterior y la pedia (MAT) guarda correlación con el PAT.

Material: Pacientes no seleccionados con sospecha de ICAE atendidos en el Laboratorio Vascular de un hospital terciario.

Metodología: Se midió, en una extremidad por paciente, el PAT en las arterias metatarsal dorsal, arcuata, plantar lateral, plantar medial y plantar profunda, así como el MAT en la tibial posterior retromaleolar y en la pedia. Mediante regresión lineal se analizó la relación entre el PAT medio y el MAT medio. A continuación, se establecieron los mejores puntos de corte del MAT medio para identificar un PAT medio > 180 o > 225 , y se calcularon la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN) de estos puntos de corte.

Resultados: Se estudiaron 85 pacientes (edad media 75,4 años; 77,6 % varones) con sospecha de ICAE. El MAT medio mostró una fuerte correlación con el PAT medio ($r = 0,84$; $p < 0,001$). Los mejores puntos de corte del MAT medio para identificar un PAT medio > 180 o > 225 fueron, respectivamente, MAT medio > 180 y MAT medio > 220 . La sensibilidad, especificidad, VPP y VPN de un MAT medio > 180 para identificar un PAT medio > 180 fueron del 80,5 %, 93,2 %, 91,7 % y 83,7 %, respectivamente; y para un MAT medio > 220 para identificar un PAT medio > 225 fueron del 70,8 %, 91,8 %, 77,3 % y 88,9 %.

Conclusiones: Estos resultados preliminares ponen de relieve una clara asociación entre el PAT medio y el MAT medio, con puntos de corte muy semejantes. No obstante, la correlación entre ambas medidas no es absoluta, por lo que serán necesarios futuros estudios que permitan identificar en qué casos el MAT podría llegar a constituir una alternativa al PAT.

CO 130. REPERCUSIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN LA REPARACIÓN ENDOVASCULAR DE ANEURISMAS COMPLEJOS MEDIANTE DISPOSITIVOS FENESTRADOS (FEVAR)

Amaia Echaide Artieda, Rodrigo Pelayo Yoldi Martín-Calpena, Sara Morales Gisbert, Marina Zalve Vicedo, Paloma González Rodríguez, Francisco Gómez Palonés
Hospital Universitari Dr. Peset. València

Objetivos: Evaluar el impacto de la enfermedad renal crónica (ERC) en los resultados a medio plazo de pacientes intervenidos por aneurisma de aorta mediante FEVAR.

Material: Estudio observacional retrospectivo de pacientes intervenidos entre 2014-2024 mediante FEVAR, excluyéndose reintervenciones. Los pacientes se clasificaron según el estadio preoperatorio de ERC basado en la tasa de filtración glomerular estimada (TFGe, mL/min/1,73 m²) según la guía KDIGO, en dos grupos: estadio 1-2 (G1) y estadio 3-5 (G2).

Metodología: *Objetivo primario:* analizar la incidencia de lesión renal aguda (LRA) posoperatoria (incremento de creatinina sérica $\geq 0,3$ mg/dL en 48 horas o $\geq 1,5$ veces el valor basal en siete días). *Objetivos secundarios:* complicaciones perioperatorias y durante el seguimiento (reintervención, inestabilidad arteria diana (TVI) o endofuga I/III), progresión de ERC ≥ 1 estadio, diálisis crónica en el seguimiento y supervivencia.

Resultados: Se incluyeron 78 pacientes (60,3 % G1 y 39,7 % G2), con mediana de TFGe de 84 mL/min/1,73 m² (RIC 73-90) en G1 y 47 mL/min/1,73 m² (RIC 31-55) en G2. Ambos grupos fueron comparables en variables demográficas. La mediana de seguimiento fue de 38,5 meses (RIC 19-74). El éxito técnico fue 93,6 % G1 frente al 100 % G2 ($p = 0,27$). La incidencia de LRA fue mayor en G2 (48,4 % frente al 27,7 %; $p = 0,08$). Sin diferencias estadísticamente significativas entre G1 y G2 en: contraste yodado (113,5 mL (RIC 76,3-166,3) frente al 110 mL (RIC 81,3-178,5); $p = 0,96$), MAE (14,8 % frente al 19,4 %; $p = 0,6$), complicaciones perioperatorias (31,9 % frente al 29 %; $p = 0,79$), endofugas (4,44 % frente al 9,7 %; $p = 0,39$), TVI (19,1 % frente al 19,4 %; $p = 0,98$). La tasa libre de reintervenciones al año, 3 y 5 años fue menor en G2 (95 % frente al 97,7 %;

81,5 % frente al 91,4 %; 69,9 % frente al 84,1 %) (*log rank* 0,025). En G2, se observó progresión de ERC en 18 pacientes (62,1 %, $p = 0,74$) y mayor necesidad de diálisis (17,2 % frente al 2,3 %; $p = 0,036$). La supervivencia a 1, 3 y 5 años fue 89,4 % frente al 80,6 %; 84,4 % frente al 65 %; 74,7 % frente al 65 % en G1 y G2, respectivamente (*log rank*, $p = 0,16$).

Conclusiones: La reparación mediante FEVAR es segura y eficaz a medio plazo en pacientes con ERC avanzada. Aunque la ERC estadio 3-5 se asoció a mayor deterioro renal agudo y necesidad de diálisis, no se observaron diferencias en morbilidad perioperatoria ni supervivencia global.

CO 139. LITOTRICIA ENDOVASCULAR FRENTE A ENDARTERECTOMÍA QUIRÚRGICA EN LA ARTERIA FEMORAL COMÚN: ANÁLISIS RETROSPECTIVO UNICÉNTRICO

Arturo Ferreiro-Mazón García-Plata, Estefanía San Ginés Bahillo, Lucía Real Lora, Pablo del Canto Peruyera, Andrés Álvarez Salgado, Manuel Javier Vallina-Victorero Vázquez
Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón, Asturias

Objetivos: Evaluar, en la práctica clínica real, si la litotricia endovascular de la arteria femoral común (IVL-AFC) presenta perfil de seguridad a 6 meses y permeabilidad primaria a 12 meses comparable a la endarterectomía quirúrgica (TEA) en pacientes con isquemia crónica de miembros inferiores.

Material: Estudio retrospectivo unicéntrico que incluyó a 75 pacientes (intervenidos entre 2019 y 2025) con isquemia crónica de miembros inferiores (Rutherford 3-6), tratados en nuestro centro por enfermedad aterosclerótica de la AFC mediante TEA femoral o litotricia endovascular.

Metodología: Se evaluaron resultados de seguridad a 6 meses y eficacia a 12 meses en ambos grupos. La seguridad se definió como libertad de eventos mayores: ausencia de mortalidad perioperatoria (30 días), MACE (infarto de miocardio, ictus

y/o muerte cardiovascular), MALE (oclusión aguda del segmento diana y/o amputación mayor), y complicaciones locales del procedimiento. La eficacia a 12 meses se evaluó como libertad de reintervención clínicamente indicada del segmento diana (CD-TLR), utilizada como medida de permeabilidad primaria clínica.

Resultados: Se incluyeron 54 pacientes tratados mediante TEA y 21 pacientes mediante IVL. No se registró mortalidad a 30 días en ninguno de los dos grupos. En seguridad (6 meses), el grupo TEA presentó un 3,8 % de MACE y un 7,5 % de MALE, frente a un 4,8 % de MACE y un 23,8 % de MALE en el grupo IVL, sin alcanzar significación estadística ($p \approx 1,000$ y $p = 0,107$, respectivamente). No se registraron complicaciones locales en el grupo IVL, frente a un 9,4 % en el grupo TEA ($p = 0,16$). La eficacia a 12 meses, definida como ausencia de CD-TLR, fue del 86,3 % en el grupo TEA y del 90,0 % en el grupo IVL, sin diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones: En nuestra experiencia, la litotricia endovascular de la arteria femoral común presentó un perfil de seguridad aceptable y una permeabilidad primaria comparable a la endarterectomía femoral. Aunque se observa una tendencia a mayor tasa de MALE en el grupo de IVL, la TEA se asoció a más complicaciones locales, ambas sin significación estadística. Estos hallazgos respaldan la IVL como alternativa viable a la cirugía abierta, siendo necesarios estudios con mayor número de pacientes para validar estos resultados.

CO 177. DETERMINANTES GEOMÉTRICOS DE LA FALTA DE APOSICIÓN PROXIMAL (BIRD BEAK) TRAS TEVAR: ¿UN SIMPLE HALLAZGO RADIOLÓGICO?

Andrés Mateo Izquierdo Vintimilla Izquierdo, José Damián Herrera Mingorance, Rafael Ros Vidal, Luis Miguel Salmerón Febres, José María Moreno Escobar
Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada

Objetivos: Analizar los determinantes geométricos y los factores predictores de la falta de aposición proximal de la endoprótesis tras la reparación endovascular de la aorta torácica (TEVAR), así como su relevancia clínica durante el seguimiento.

Material: Historias clínicas Diraya® angio TC pre- y posquirúrgicos, visor DICOM, software Jamovi®.

Metodología: Estudio observacional retrospectivo de una cohorte de pacientes consecutivos tratados mediante TEVAR entre 2014 y 2025 en un único centro. Se recogieron variables clínicas de las historias digitalizadas y se analizaron parámetros geométricos pre- y posoperatorios, incluyendo el diámetro aórtico en la zona de anclaje proximal, la angulación del arco aórtico, el grado de sobredimensionamiento, el tipo de arco y las características del *bird beak* (longitud y ángulo) en los controles por angio TC. Se realizó análisis descriptivo, multivariante y de supervivencia.

Resultados: Se incluyeron 102 pacientes (79 varones [77,5 %], 23 mujeres [22,5 %]), con una edad media de $66,7 \pm 12,3$ años. Las indicaciones fueron aneurisma ($n = 44$; 43,2 %), disección aguda tipo B ($n = 31$; 30,4 %), úlcera aórtica penetrante ($n = 13$; 12,7 %), hematoma intramural ($n = 9$; 8,8 %), traumatismo ($n = 4$; 3,9 %) y coartación de aorta ($n = 1$; 1,0 %). La intervención fue electiva en el 60,8 % de los casos. El despliegue proximal se realizó en zona 1 en el 7,8 %, zona 2 en el 38,2 % y zona 3 en el 53,9 %. El éxito técnico global fue del 97 %, con una tasa de ictus del 2,9 %. La falta de aposición proximal en configuración de *bird beak* se observó en el 26,5 % de los pacientes. En el análisis multivariante ajustado, la angulación del arco aórtico se identificó como el único predictor independiente de *bird beak* (coeficiente $-0,104$; $p < 0,001$), con adecuada capacidad discriminativa (AUC = 0,852). Se observó una correlación positiva moderada entre la longitud del *bird beak* en el primer control y el aumento del diámetro aórtico proximal durante el seguimiento (ρ Spearman = 0,406; $p = 0,032$). No se identificaron diferencias significativas en supervivencia, reintervención ni eventos cardiovasculares mayores entre los grupos con y sin *bird beak* durante una mediana de seguimiento de 25,5 meses.

Conclusiones: La angulación del arco aórtico es el principal determinante geométrico de la falta de aposición proximal tras TEVAR. La longitud inicial del *bird beak* se asocia con un remodelado aórtico proximal desfavorable, lo que sugiere que este hallazgo podría representar un marcador radiológico temprano de sellado proximal subóptimo.

CO 223. CARGA ASISTENCIAL Y COSTE DIFERENCIAL DEL SEGUIMIENTO POR IMAGEN TRAS EVAR SIMPLE: IMPACTO DE LA ENDOFUGA EN UN HOSPITAL PÚBLICO UNIVERSITARIO

Javier Ramírez Ruiz¹, María Marcet Recolons¹, Raquel Chávez Abiega¹, Oriol Demestre García¹, Pablo Salvaré Heikel¹, Kerbi Alejandro Guevara Noriega^{1,2}

¹Consorti Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell, Barcelona. ²Consorti Sanitari del Maresme. Mataró, Barcelona

Objetivos: El seguimiento tras reparación endovascular del aneurisma de aorta abdominal (EVAR) implica un uso intensivo de imagen y consultas especializadas. Sin embargo, el impacto asistencial y económico derivado de las complicaciones, particularmente la endofuga, ha sido escasamente cuantificado. El objetivo de este estudio fue analizar la carga diferencial de seguimiento por imagen tras EVAR, estimando su impacto económico potencial en un hospital público universitario.

Material: Cohorte retrospectiva de 228 pacientes sometidos a EVAR infrarrenal simple (2013-2018). Se analizaron número de TAC realizados durante el seguimiento, presencia de endofuga y reintervención. Se realizó un análisis de costes diferenciales basado en el número medio de TAC y visitas asociadas. Para la estimación económica se utilizaron tarifas públicas orientativas vigentes en el sistema sanitario español (≈ 170 € por TAC y ≈ 100 € por visita especializada).

Metodología: Estudio observacional de cohortes. Se comparó el número medio de TAC entre pacientes

con y sin endofuga, y entre pacientes con y sin reintervención. Se calcularon diferencias absolutas y se estimó el coste incremental por paciente derivado del mayor consumo de recursos diagnósticos y consultas.

Resultados: La media de TAC fue significativamente mayor en pacientes con endofuga (3,86 frente a 2,78; $p \approx 0,0046$) y en aquellos que requirieron reintervención (3,98 frente a 2,72; $p \approx 0,0010$). La diferencia atribuible a la endofuga fue de 1,08 TAC adicionales por paciente. Considerando 1,3 visitas por TAC y las tarifas públicas estimadas, la endofuga generó un coste diferencial aproximado de 465 € por paciente únicamente en seguimiento radiológico y consultas externas. Este cálculo no incluye costes derivados de reintervenciones, estancias hospitalarias o procedimientos adicionales, por lo que representa una estimación conservadora del impacto económico real.

Conclusiones: La endofuga tras EVAR simple no solo condiciona evolución clínica, sino que genera una escalada significativa en el consumo de recursos diagnósticos y consultas especializadas. En el contexto de un hospital público, esta carga incremental supone un impacto económico relevante que debería incorporarse en modelos de coste-efectividad y en estrategias orientadas a optimizar la selección de pacientes y el seguimiento pos-EVAR. Reducir la incidencia de endofuga podría traducirse en mejores resultados clínicos, además de una disminución tangible de presión asistencial y costes sanitarios.

CO 251. DURABILIDAD Y CARGA ASISTENCIAL DE LAS TÉCNICAS DE REVASCULARIZACIÓN DE MIEMBROS INFERIORES A LARGO PLAZO: ¿EXISTE UN ABORDAJE SUPERIOR?

Álvaro Vidal Ortiz, Víctor Manuel Lozano Bouzón, Sofía Simón Bellón, Abey Sánchez Pérez, Julio González Hernández, José Ramón March García
Hospital Universitario de Getafe. Getafe, Madrid

Objetivos: Analizar la eficacia clínica, durabilidad y carga de eventos recurrentes a largo plazo entre las diversas técnicas de revascularización de miem-

bros inferiores (abierta, endovascular e híbrida) en la práctica clínica real de un centro terciario.

Material: Estudio observacional de seguimiento prospectivo de una base de datos generada retrospectivamente de pacientes intervenidos por isquemia de miembros inferiores entre 2018-2020. Registramos datos epidemiológicos, indicación clínica, sector tratado, técnica de revascularización y evolución en el seguimiento.

Metodología: Las variables a estudio fueron visitas a urgencias, reingresos, reintervenciones, salvación de extremidad y supervivencia. Los pacientes se estratificaron en función de la técnica realizada (abierto, endovascular e híbrida) con subanálisis según la indicación (claudicación [CI] frente a isquemia crónica amenazante de la extremidad [ICAE]) y el sector tratado (ao-ilíaco frente a femoropoplíteo frente a tibial frente a combinado). Realizamos análisis de supervivencia (Kaplan-Meier), con comparaciones mediante *log-rank* test y significación para $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 203 pacientes, 55 (27,09 %) intervenidos por CI y 148 (72,90 %) por ICAE. El sector tratado fue ao-ilíaco, 17,73 % ($n = 36$); femoropoplíteo, 45,81 % ($n = 93$); tibial, 5,91 % ($n = 12$) y combinado, 30,54 % ($n = 62$). En 78 (38,42 %) casos se realizó tratamiento abierto, 96 (47,29 %) endovascular y 29 (14,28 %) híbrido. No hubo diferencias significativas en la utilización de las distintas técnicas según la indicación clínica ni el sector tratado. A una mediana de seguimiento de 60 meses, los resultados por técnica fueron (abierto frente a endovascular frente a híbrido): libertad de visita a urgencias $50,6 \pm 5,9$ % frente a $43,5 \pm 5,5$ % frente a $63,6 \pm 9,2$ % $p = n.s.$; libertad de reingreso $51,2 \pm 6$ % frente a $49 \pm 5,6$ % frente a $53,2 \pm 9,5$ % $p = n.s.$; libertad de reintervención $44 \pm 5,9$ % frente a $44,9 \pm 5,6$ % frente a $45,7 \pm 9,6$ % $p = n.s.$; Salvación de extremidad $83,8 \pm 4,3$ % frente a $75,1 \pm 5$ % frente a $89,1 \pm 6$ % $p = n.s.$ y supervivencia $53,8 \pm 5,6$ % frente a $51 \pm 5,1$ % frente a $48,3 \pm 9,3$ % $p = n.s.$, sin diferencias significativas en las distintas variables. Estratificando por sectores y severidad clínica, tampoco hubo diferencias significativas según la técnica empleada, salvo una tendencia a mejor salvación

de extremidad en técnicas abiertas para tratamiento de sectores combinados: $71,4 \pm 9,9$ % frente a $42,9 \pm 9,4$ % frente a $42,9 \pm 13$ % $p = 0,06$.

Conclusiones: A largo plazo, las técnicas de revascularización de miembros inferiores demuestran paridad en resultados clínicos y consumo de recursos. La ausencia de superioridad técnica sugiere que el éxito radica en la individualización terapéutica basada en la anatomía y el riesgo basal.

CO 185. ¿DEBERÍAMOS PRESTAR MÁS ATENCIÓN A LA NUTRICIÓN DE NUESTROS PACIENTES? ESTUDIO DEL VALOR PRONÓSTICO DEL ÍNDICE PRONÓSTICO NUTRICIONAL (IPN) EN MORTALIDAD Y COMPLICACIONES TRAS AMPUTACIÓN MAYOR POR ISQUEMIA CRÓNICA

Julián David Flórez García¹, Pedro Ignacio Dorado Díaz², José Ángel Torres Hernández², Óliver Bonnelly González¹, Lucía Sánchez Molina¹, Paula Velasco Hernández¹

¹Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca. ²Universidad de Salamanca. Salamanca

Introducción y objetivos: La desnutrición y la inmunodeficiencia son frecuentes en pacientes con arteriopatía periférica y se asocian a peor evolución tras cirugía mayor. El objetivo fue analizar la relación entre el estado nutricional preoperatorio, determinado mediante el índice pronóstico nutricional (IPN), y la mortalidad y las complicaciones posoperatorias en pacientes sometidos a amputación mayor por isquemia crónica.

Material: Se incluyeron pacientes sometidos a amputación mayor de miembro inferior por isquemia crónica entre 2021 y 2023, excluyendo etiología traumática, tumoral o asociada a aneurisma poplíteo. La cohorte final incluyó 68 pacientes (78 % varones) con mediana de edad de 79 años. El seguimiento se realizó hasta diciembre de 2025.

Metodología: Estudio de cohorte observacional retrospectivo. El estado nutricional se evaluó al ingreso

mediante el IPN ($10 \times \text{albúmina [g/dL]} + 0,005 \times \text{linfocitos/mm}^3$). Se analizaron complicaciones de la herida quirúrgica y mortalidad durante el seguimiento. El análisis incluyó test de Mann-Whitney, test exacto de Fisher y regresión logística multivariante (modelos separados para albúmina e IPN; regresión de Firth cuando fue necesario). La supervivencia se evaluó mediante Kaplan-Meier y modelo de Cox, y la capacidad discriminativa mediante curvas ROC ($p < 0,05$).

Resultados: El 85 % (57 pacientes) de las amputaciones fueron supracondíleas. La tasa de complicaciones fue del 41 % (28 pacientes) y la mortalidad del 69 %, con mediana de supervivencia de 12 meses. El 60 % presentó desnutrición grave (IPN < 40). El IPN se asoció de forma independiente con complicaciones (OR 0,86; $p = 0,002$) y mortalidad (OR 0,85; $p = 0,005$), junto con la edad ($p = 0,012$). La diálisis mostró tendencia a mayor riesgo de complicaciones (OR ≈ 3 ; $p = 0,06$). No se observó asociación entre el nivel de obstrucción arterial y las complicaciones ($p = 0,94$). El IPN mostró mejor capacidad discriminativa que la albúmina para predecir complicaciones (AUC 0,72 frente a 0,70) y mortalidad (AUC 0,72 frente a 0,64).

Conclusiones: El IPN es un predictor independiente de complicaciones y mortalidad tras amputación mayor y presenta mayor capacidad predictiva que la albúmina aislada, por lo que podría mejorar la estratificación del riesgo y la optimización perioperatoria de estos pacientes.

CO 236. MORTALIDAD A 5 AÑOS TRAS REVASCULARIZACIÓN CAROTÍDEA

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

Introducción y objetivos: El ictus constituye la segunda causa de muerte a nivel mundial y la prime-

ra de discapacidad. La supervivencia a medio-largo plazo continúa siendo objeto de debate, con tasas de mortalidad a 5 años entre el 8 % y el 25 %. Nuestro objetivo fue analizar características clínicas, analíticas y radiológicas asociadas a la mortalidad durante el seguimiento tras cirugía carotídea.

Material: Serie prospectiva y consecutiva de pacientes con estenosis carotídea significativa intervenidos mediante endarterectomía clásica con shunt o *stent* vía femoral, entre octubre de 2014 y octubre de 2022, seguimiento hasta febrero de 2026. Se incluyeron estenosis > 50 % sintomáticas y > 70 % asintomáticas.

Metodología: Se recogieron variables demográficas, clínicas, biomarcadores (citoquinas, troponina ultrasensible y pro-BNP), radiológicas y la técnica quirúrgica. Seguimiento clínico y ecográfico protocolizado. Análisis estadístico mediante χ^2 , ANOVA y regresión logística multivariante.

Resultados: Se realizaron 231 procedimientos en 225 pacientes: 175 (75,4 %) endarterectomías y 57 (24,6 %) *stents*. La media de edad fue 69,4 (DE 9,0) años; 45,7 % sintomáticos. Seguimiento medio 59,3 (DE 26) meses. Se registraron 53 fallecimientos (23,6 %) con una supervivencia estimada a 5 años del 84,5 %. La mortalidad fue mayor en varones (94,3 % frente a 76,7 %, $p = 0,004$), pacientes de mayor edad (71,6 [DE9,3] frente a 68,7 [DE8,8] años; $p = 0,041$) y con *stent* (34 % frente a 19,8 %, $p = 0,040$). Se asociaron significativamente tabaquismo (90,6 % frente a 74,1 %, $p = 0,013$), diabetes mellitus (50,9 % frente a 35,5 %, $p = 0,043$), cardiopatía isquémica (26,4 % frente a 14,5 %, $p = 0,046$), insuficiencia cardíaca (13,2 % frente a 2,9 %, $p = 0,004$), insuficiencia renal crónica (22,6 % frente a 8,7 %, $p = 0,006$), enfermedad arterial periférica (39,6 % frente a 18 %, $p = 0,001$) y placa ecográficamente vulnerable (30,8 % frente a 47 %, $p = 0,039$). El diagnóstico de neoplasia mostró una fuerte asociación (52,8 % frente a 9,9 %, $p < 0,001$). Los pacientes fallecidos presentaron mayor incidencia de MACE (45,3 % frente a 19,2 %, $p < 0,001$) y valores significativamente superiores de troponina ultrasensible (17,5 [DE 34,8] frente a 7,1 [DE 7,7] pg/dL; $p < 0,001$) y NT-pro-BNP (544 [DE 770] frente a 190 [DE 250] pg/dL; $p < 0,001$).

En el análisis multivariante, la neoplasia fue predictor independiente de mortalidad (OR 19,5; IC 95 %, 7,8-46,7; $p < 0,001$), mientras que la placa ecográficamente vulnerable se comportó como factor protector independiente (OR 0,352; IC 95 %, 0,149-0,835; $p = 0,018$).

Conclusiones: La mortalidad observada es acorde con la descrita en la literatura. El diagnóstico de neoplasia constituye el principal predictor independiente de mortalidad a 5 años. La asociación protectora de la placa vulnerable por ecografía, probablemente relacionada con la sintomatología, merece más investigación.

CO 66. ANÁLISIS DE LA EXPOSICIÓN A LA RADIACIÓN EN EL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LA ISQUEMIA CRÍTICA DE EXTREMIDADES INFERIORES SEGÚN ACCESO ARTERIAL Y LA CLASIFICACIÓN DEL SISTEMA GLOBAL DE ESTADIFICACIÓN ANATÓMICA DE LAS EXTREMIDADES

Dorelly Martínez del Carmen¹⁻³, Carlos Martínez Rico^{1,2}, Pablo Saldaña Gutiérrez^{1,4}, Sílvia Jovells Vaqué², Elena Iborra Ortega¹⁻³

¹Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona. ²IDIBELL-BIOHEART. Grupo de Investigación en Enfermedades Cardiovasculares. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona. ³Universidad de Barcelona. Barcelona. ⁴Institut Català d'Oncologia (ICO). Barcelona

Objetivos: Analizar los parámetros de dosis de radiación durante la revascularización de la isquemia crítica de extremidades inferiores, considerando el acceso arterial y la clasificación Global Limb Anatomic Staging System (GLASS), utilizando dos tipos de equipos de rayos X.

Material: Se incluyeron pacientes sometidos a procedimientos endovasculares infrainguinales entre julio de 2020 y septiembre de 2023.

Metodología: Se realizó un estudio transversal no aleatorizado sobre la dosis de radiación durante

la revascularización de la isquemia crítica de miembros inferiores. Todos los procedimientos se realizaron por vía percutánea en dos dispositivos diferentes de arco en C: móvil (MCA) y sala híbrida (HR). Los procedimientos se estratificaron según la clasificación GLASS. Los accesos arteriales incluyeron femoral anterógrado, femoral contralateral, braquial y doble acceso arterial (definido como la combinación con acceso retrógrado). Se recogieron el volumen de contraste usado y parámetros dosimétricos: producto kerma-área (KAP), tiempo de fluoroscopia (FT), y kerma acumulado en aire (CAK).

Resultados: Entre julio de 2020 y septiembre de 2023 se realizaron 465 procedimientos en 373 pacientes, con una edad media de 73,4 años (DE 11,24; rango 37-99). En el acceso femoral anterógrado, la mediana de CAK fue significativamente mayor en HR que en MCA (6,08 Gy frente a 3,33 Gy; $p < 0,001$), mientras que la mediana del tiempo de fluoroscopia fue inferior en HR (795,13 s frente a 981 s; $p = 0,039$). En comparación con MCA, el KAP medio en HR fue significativamente mayor en el acceso femoral contralateral (19,22 Gy·cm² frente a 13,29 Gy·cm²; $p = 0,028$) y en el doble acceso arterial (17,4 Gy·cm² frente a 7,35 Gy·cm²; $p = 0,012$). Asimismo, al estratificar por clasificación GLASS, el KAP medio fue significativamente superior en HR en las tres categorías anatómicas ($p < 0,05$).

Conclusiones: El acceso femoral anterógrado se asoció con valores inferiores de KAP en comparación con los demás tipos de acceso arterial. Las revascularizaciones infrainguinales realizadas en sala híbrida se asociaron con mayores niveles de KAP en comparación con el arco en C móvil, con diferencias significativas según el tipo de acceso arterial y en todas las categorías de la clasificación GLASS.

CO 219. ANÁLISIS DE LA EXPOSICIÓN A RADIACIÓN EN EL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LA ENFERMEDAD OCLUSIVA AORTOILÍACA BASADO EN LA COMPLEJIDAD

Regina Callejón Baño¹, Dorelly Martínez del Carmen^{1,2}, Carlos Martínez Rico^{1,2}, Pablo Saldaña Gutiérrez^{2,3}, Albert Castellà Durall¹, Elena Iborra Ortega^{1,2}

¹Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona. ²IDIBELL-BIOHEART. Bio-Heart Cardiovascular Diseases Research Group. Bellvitge Biomedical Research Institute. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona. ³Institut Català d'Oncologia (ICO). L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Objetivos: Identificar los determinantes de la exposición a radiación durante las intervenciones endovasculares aortoilíacas, con especial atención a la complejidad anatómica y del procedimiento, el acceso arterial y el tipo de equipo radiológico.

Material: Se incluyeron 97 procedimientos endovasculares consecutivos realizados en pacientes con enfermedad oclusiva aortoilíaca entre julio de 2020 y diciembre de 2023. Se analizaron variables relacionadas con la complejidad anatómica de la lesión, la complejidad del procedimiento, el abordaje vascular, el uso de *stents* y el tipo de equipo radiológico utilizado, fijo o móvil.

Metodología: Se llevó a cabo un estudio observacional prospectivo. La complejidad anatómica de las lesiones se clasificó según las escalas TASC II y GLASS, y la complejidad global del procedimiento se categorizó mediante una escala institucional (baja, media, alta). La exposición a radiación se evaluó mediante el producto kerma-área (KAP), el kerma en aire acumulado (CAK) y el tiempo de fluoroscopia (FT). Se realizó un análisis de regresión lineal multivariable para identificar predictores independientes de la dosis de radiación.

Resultados: La exposición a radiación aumentó de forma escalonada con la complejidad de la lesión y del procedimiento en todas las métricas (KAP, CAK y FT). Los procedimientos de alta complejidad y las lesiones TASC II C-D se asociaron con los valores más elevados de radiación. El uso de un arco en C fijo se asoció de forma independiente con mayores valores de KAP y CAK en comparación con un arco

en C móvil. Otros factores asociados a mayor exposición fueron el acceso contralateral o doble y la implantación de *stent*.

Conclusiones: La complejidad lesional/procedimental y el tipo de equipo radiológico son los principales determinantes de la exposición a radiación durante las intervenciones endovasculares aortoiliacas. Considerar estos factores en la planificación del procedimiento y aplicar estrategias de optimización adaptadas podría mejorar la seguridad de pacientes y profesionales sin comprometer el éxito del procedimiento.

CO 25. EFECTO DEL CATÉTER DEFLECTABLE EN EL TIEMPO DE CANULACIÓN VISCERAL EN LA REPARACIÓN ENDOVASCULAR AÓRTICA FENESTRADA

Adrián López Campillo, Gaspar Mestres Alomar, Victoria Gamé Figueroa, Jordi Brull Baiget, Clara Raventós Ticó, Vicente Riambau Alonso
Hospital Clínic. Barcelona

Objetivos: Comparar el impacto del uso de catéteres deflectables sobre el tiempo quirúrgico total y los tiempos de canulación en FEVAR.

Material: Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo que incluyó a 57 pacientes con aneurisma de aorta abdominal yuxtarenal tratados mediante FEVAR en un único centro de España entre 2010 y 2025. Los catéteres deflectables se introdujeron en dicho centro en agosto de 2022 y se utilizaron de forma sistemática desde entonces.

Metodología: 29 pacientes fueron intervenidos sin catéter deflectable y 28 con catéter deflectable. La variable principal fue el tiempo quirúrgico total. Las variables secundarias incluyeron el tiempo de canulación total e individual de cada arteria visceral, el tipo de acceso y los resultados perioperatorios. La comparación entre grupos se realizó mediante el test exacto de Fisher y la prueba *t* de Student.

Resultados: No se observaron diferencias significativas en las variables demográficas entre ambos grupos. El tiempo quirúrgico total fue significativamente menor en el grupo con catéter deflectable (240,6 min frente a 313,3 min, $p = 0,002$), igual que el tiempo de canulación total (54,5 min frente a 87,6 min, $p < 0,001$). El tiempo de canulación individual de los vasos fue consistentemente menor en el grupo con catéter deflectable (arteria renal derecha: 13,3 min frente a 23,0 min, $p = 0,001$; arteria mesentérica superior: 13,5 min frente a 31,1 min, $p < 0,001$; tronco celíaco: 15,5 min frente a 29,0 min, $p = 0,018$), con la excepción de la arteria renal izquierda, donde no se encontraron diferencias significativas (15,8 min frente a 19,5 min, $p = 0,104$).

Conclusiones: El uso de catéteres deflectables en Fevar se asoció a una reducción significativa del tiempo quirúrgico total, del tiempo de canulación total y del tiempo de canulación individual, con la excepción de la arteria renal izquierda.

CO 28. ESTRATEGIAS DE EMBOLIZACIÓN PARA ENDOFUGAS DE TIPO II TRAS LA REPARACIÓN ENDOVASCULAR DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Manel Arrebola López¹, Lourdes del Río Solá²
¹*Hospital de Denia. Dénia, Alacant.* ²*Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid*

Objetivos: Los *endoleaks* tipo II (ETII) son el subtipo de endofuga más común tras el EVAR. La embolización es la estrategia de tratamiento más frecuente. El objetivo de esta revisión sistemática fue evaluar la evidencia disponible sobre la embolización para ETII tras EVAR, valorando eficacia clínica, durabilidad en el tiempo, diferencias entre tratamientos preventivos/terapéuticos, e impacto en los resultados del vaso diana y la vía de acceso.

Material: Selección de artículos de PubMed/MEDLINE, Embase y Scopus de estudios en inglés durante los últimos diez años que evaluaran la embolización de ETII tras EVAR.

Metodología: Es una revisión sistemática de la literatura según las directrices PRISMA 2020. Se incluyeron embolizaciones preventivas y embolizaciones terapéuticas (endofugas establecidas). La selección de estudios, extracción de datos y evaluación del sesgo se realizaron de forma independiente por dos revisores. Dada la heterogeneidad de los estudios, se realizó una síntesis cualitativa de los resultados sin metaanálisis cuantitativo.

Resultados: Se incluyeron diez estudios: un ensayo controlado aleatorizado y nueve observacionales. La embolización terapéutica demostró mejor resultado técnico inmediato (94-97 %); pero la efectividad clínica disminuyó con el tiempo, reportándose ausencia de expansión del saco aneurismático en menos de la mitad de los pacientes a largo plazo. Las reintervenciones se dieron hasta en la mitad de los pacientes. Los tratamientos preventivos en pacientes de alto riesgo anatómico se asociaron con menos incidencia de ETII persistentes y una mejoría en la estabilidad temprana del tamaño del saco aneurismático. Los resultados de las embolizaciones variaron según el vaso diana o la vía de acceso: las endofugas relacionadas con la arteria mesentérica inferior (AMI), los accesos translumbares o mediante la punción directa del saco aneurismático mostraron resultados más favorables.

Conclusiones:

1. La embolización de las ETII tras EVAR logra un alto éxito técnico inmediato, pero demuestra una durabilidad limitada a largo plazo, especialmente cuando se utiliza como intervención terapéutica tras el crecimiento del saco del aneurisma.
2. La embolización preventiva en pacientes seleccionados de alto riesgo para presentar una endofuga parece ofrecer mejores resultados iniciales.
3. Dada la frecuencia de fallo tardío y las reintervenciones, la vigilancia a largo plazo sigue siendo esencial, con independencia de la estrategia de embolización.

CO 64. EVOLUCIÓN HEMODINÁMICA Y FUNCIONAL TRAS UN AÑO DE SEGUIMIENTO DE UN PROGRAMA DE EJERCICIO SUPERVISADO EN PACIENTES CLAUDICANTES

Sara Dolores Hernández López, Vicente Molina Nacher, María Álamo Rodríguez, Irene Peinado Zánón, Ramiro Bozzi, Manuel Miralles Hernández
Hospital Universitari i Politècnic La Fe. València

Introducción y objetivos: El ejercicio físico supervisado es una intervención eficaz para mejorar la distancia de claudicación, el índice tobillo-brazo (ITB) y la capacidad funcional en pacientes con claudicación intermitente. El objetivo fue valorar la evolución del ITB y la distancia recorrida desde el inicio hasta un año después de completar un programa de ejercicio físico supervisado en pacientes con claudicación intermitente.

Material: Estudio observacional prospectivo de 64 pacientes. Se incluyeron pacientes mayores de 40 años con claudicación a menos de 200 metros o sintomatología limitante. El ITB se registró mediante Doppler continuo y la distancia de claudicación mediante ergometría en tres momentos: basal, posprograma y al año.

Metodología: Se basó en un programa de ejercicio supervisado durante 8 semanas con seguimiento posterior telefónico de 3 meses y revaloración al año. Las diferencias apareadas se analizaron utilizando *t* de Student o Wilcoxon según distribución. Se exploró el posible efecto modificador de variables clínicas mediante análisis estratificado. Los datos se procesaron con R 4.5.2, considerándose $p < 0,05$ como significativo.

Resultados: La edad media fue de 62,8 años; el 68,8 % eran varones. El 50 % eran fumadores, el 67,2 % presentaba dislipemia, el 57,8 % hipertensión y el 26,6 % diabetes. La distancia de claudicación aumentó significativamente desde 140 ± 85 m a 424 ± 129 m tras el programa ($p < 0,001$). Al año, permaneció superior al valor basal (338 ± 144 m), aunque con una reducción significativa respecto al posprograma ($p < 0,001$). El ITB mejoró significativamente entre la valoración basal y el final del programa ($p < 0,001$), manteniéndose estable al año sin cambios estad. En el análisis estratificado, solo el tabaquismo mostró una tendencia a menor ganancia sostenida, aunque sin significación estadística ($p > 0,40$).

Conclusiones: El ejercicio supervisado produjo una mejoría funcional y hemodinámica significativa. Al año, la mejoría del ITB se mantuvo estable y la distancia de claudicación continuó claramente por encima de los valores basales, pese a una reducción parcial respecto al posprograma.

CO 73. EXPERIENCIA MULTICÉNTRICA INICIAL DE LAS RAMAS RETRÓGRADAS EN EL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DEL ARCO AÓRTICO EN ZONA 0

Manuel Hernando Rydings¹, Ricardo Asensio García², Sebastián Alonso Rodríguez³, Nilo Mosquera Arochena⁴, Manuel Alonso Pérez⁵, Vicente Sala Almanacil⁶

¹Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ²Hospital Universitario Basurto. Bilbao. ³Hospital Universitario de Navarra. Pamplona. ⁴Hospital Clínico Universitario de Santiago. Santiago de Compostela, A Coruña.

⁵Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

⁶Hospital Clínico Universitario de València. València

Objetivos: Reportar la experiencia inicial de las ramas retrógradas en el tratamiento endovascular del arco aórtico en zona 0 en nuestro país.

Material: Estudio retrospectivo que analiza los resultados de las ramas internas retrógradas frente a las anterógradas (Cook Medical, Brisbane) del arco aórtico en zona cero en los centros nacionales que las habían utilizado.

Metodología: Los objetivos primarios fueron el éxito técnico, análisis de morbimortalidad y estabilidad del vaso diana a 30 días y durante seguimiento. Los objetivos secundarios fueron analizar la duración del procedimiento, dosis radiación (producto dosis área) y volumen de contraste. Los resultados se expresan como medianas (rango intercuartil; RIQ). Para analizar las variables cuantitativas se utilizó la prueba T para muestras independientes y para las variables que no seguían una distribución normal se empleó el test de U de Mann-Whitney.

Resultados: Desde mayo de 2021, 16 pacientes (4 mujeres; edad mediana: 77 años; RIQ 64-82) fueron tratados mediante 2 endoprótesis con doble rama y 14 endoprótesis con triple rama con un total de 16 ramas anterógradas y 30 ramas retrógradas en 6 centros terciarios en nuestro país. El éxito técnico se obtuvo en 15 pacientes (1 *exitus* intraoperatorio por perforación del ventrículo izquierdo). No hubo ningún ictus ni *exitus* en el posoperatorio inmediato por lo que la tasa combinada mortalidad + ictus fue del 6 %. El seguimiento mediano fue 8 meses (RIQ 4-10,5) (grupo ramas anterógradas 11 meses / grupo ramas retrógradas 7,5 meses; $p = 0,06$). No hubo ningún ictus durante el seguimiento ni se detectó inestabilidad de ningún vaso diana por lo que el éxito clínico en este periodo fue del 94 %. No se encontraron diferencias significativas en el tiempo de cirugía (238 min frente a 251 min; $p > 0,05$), volumen de contraste utilizado (152 ml frente a 155 ml; $p > 0,05$) o producto dosis-área (206 frente a 60 cGy·cm²; $p = 0,49$) en el grupo de ramas retrógradas frente a anterógradas.

Conclusiones: El tratamiento endovascular del arco aórtico empleando ramas retrógradas es factible con unos buenos resultados en términos de morbimortalidad y estabilidad del vaso diana. Aunque su uso puede reducir la manipulación de los troncos supraaórticos, es preciso una mayor muestra y seguimiento para garantizar su seguridad, eficacia y durabilidad.

CO 90. PAPEL DE LAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS DE DESCARGA EN EL TRATAMIENTO INTEGRAL DE LAS ÚLCERAS PROFUNDAS EN ANTEPIÉ DE PACIENTES DIABÉTICOS

Yaiza Villagrasa Salagre, Esther Bravo Ruiz, Javier Pascual Huerta, Arkaitz Lara Quintana, Laura Yáñez García, Reyes Vega Manrique
Hospital Universitario Basurto. Bilbao

Objetivos: Evaluar la eficacia de la resección ósea transulcerosa (ROTU) y/o la tenotomía digital (TD)

como métodos quirúrgicos de descarga para el tratamiento de úlceras del pie diabético; y analizar la existencia de factores asociados a cicatrización o amputación menor (AMEN).

Material: Úlceras en antepié profundas con exposición ósea, articular y/o tendinosa en pacientes diabéticos (UDPD), tratadas con cura local y descarga (dispositivo asociado a técnica quirúrgica), y valoradas en la Unidad de Pie Diabético entre enero 2023 y diciembre 2024.

Metodología: Estudio observacional-retrospectivo. Se registran datos demográficos y clínicos habituales, neuropatía, deformidad digital, características de UDPD según escala Wifi (*Wound Ischemia and foot infection*), cura local, asociación de antibioterapia y/o revascularización, dispositivos y técnicas quirúrgicas de descarga (ROTU, TD, o ambas), y cicatrización de UDPD o AMEN. Análisis estadístico descriptivo, univariante.

Resultados: Se incluyen 77 UDPD en pacientes diagnosticados de diabetes *mellitus* tipo 2, 74 % ($n = 57$) varones, con media de edad de $73,5 \pm 14,4$ años y mediana de HbA1c de 6,9 % (6,3-7,8). Dedo en garra ($n = 49$) y en maza ($n = 10$) son las deformidades digitales más frecuentes. El 75,3 % ($n = 58$) de UDPD asocia neuropatía periférica, 67,5 % ($n = 52$) ausencia de pulsos periféricos y 54,6 % ($n = 42$), infección local, clasificándose 54,5 % ($n = 42$) como estadio 2 y 31,2 % ($n = 24$) como estadio 3 de escala Wifi. Únicamente el 16,9 % ($n = 13$) asocia revascularización y hasta un 66,2 % ($n = 51$) requiere antibioterapia. Hidrofibra ($n = 37$) e hidrofibra con espuma ($n = 37$) son las curas locales más utilizadas; y la descarga en calzado ($n = 36$) y el zapato posquirúrgico ($n = 33$) son los dispositivos de descarga más indicados. En 53,2 % ($n = 41$) de UDPD se realiza ROTU, en 24,7 % ($n = 19$) TD y en 22,1 % ($n = 17$) combinación de ambas técnicas. Tras un periodo de seguimiento con mediana 91[49-158] días, el 87 % ($n = 67$) de UDPD cicatrizan y no asocian AMEN. No se observa asociación significativa entre AMEN y presencia de neuropatía ($p = 0,251$), estadio Wifi ($p = 0,750$), deformidad digital ($p = 0,360$), cura local (0,067), dispositivo ($p = 0,902$) y técnica quirúrgica de descarga

($p = 0,310$), uso de antibioterapia ($p = 0,151$) o necesidad de revascularización ($p = 0,359$). Únicamente la presencia de infección local tiende a asociar mayor frecuencia de AMEN ($p = 0,058$).

Conclusiones: La realización de ROTU y/o TD como parte del tratamiento integral en las UDPD consigue un elevado porcentaje de cicatrización evitando la AMEN. La presencia de infección local es el único factor que podría favorecer la AMEN.

CO 115. METODOLOGÍA LEAN EN EL PROCESO ASISTENCIAL DE LA PATOLOGÍA AÓRTICA QUIRÚRGICA AGUDA

Paula Casellas de Miguel, Gonzalo Bueno Casanovas, Mireia Cabot Paredes, Irina Gallardo Moix, Pere Altés Mas
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona

Objetivos: Describir los tiempos del proceso diagnóstico-terapéutico de la patología aórtica quirúrgica aguda mediante la metodología *lean*, identificando puntos críticos de variabilidad y demora temporal en el circuito asistencial.

Material: Estudio observacional descriptivo retrospectivo realizado en un hospital terciario con múltiples centros emisores de pacientes atendidos entre 2020 y 2025 diagnosticados de aneurisma de aorta roto o aneurisma de aorta sintomático.

Metodología: El proceso asistencial se dividió en cuatro etapas: 1.ª Primera atención: prueba de imagen (diagnóstico); 2.ª Diagnóstico: llegada al hospital terciario (traslado); 3.ª Llegada al hospital terciario: inicio de cirugía (AAr), y 4.ª Inicio de cirugía-control hemorrágico (AAr). Los tiempos se registraron en minutos y se describieron mediante mediana y rango intercuartílico (RIC), percentil 90 (p90) y rango total. Se calculó el ratio p90/mediana como indicador de asimetría (cola derecha). Desde la perspectiva *lean*, se realizó un análisis del flujo asistencial para identificar tramos con mayor dispersión temporal.

Resultados: Se incluyeron 39 pacientes (2020-2025): 34 aneurismas de aorta rotos y 5 sintomáticos. En los dos tramos iniciales del circuito (analizados en ambos grupos), la mediana. 1.ª visita: imagen. Fue de 443 [RIC: 81-1380]; p90: 3579; rango total: 0-6391 (ratio \approx 8,1), mientras que en el tramo imagen-hospital terciario los resultados fueron: 120 [0-177]; p90: 249; rango: 0-1992 (ratio \approx 2,1). En los tramos referentes a los tiempos intrahospitalarios, evaluados únicamente en los aneurismas rotos, la mediana del tiempo desde la llegada al centro hasta el inicio de la cirugía fue 30 [15-73,5]; p90: 169; rango: 12-420 (ratio \approx 5,6), y el tiempo hasta el control hemorrágico fue 15 [10,5-20,75], p90: 60; rango: 10-366 (ratio = 4,0). La mortalidad total en ambos grupos fue del 32 %.

Conclusiones: La mayor variabilidad temporal se concentró en el primer tramo (diagnóstico), pudiendo reflejar demoras relacionadas con una baja sospecha clínica. El intervalo que refleja el tiempo de traslado interhospitalario mostró valores extremos que podrían estar relacionados con la ausencia de una infraestructura de derivación territorial bien definida, contribuyendo en parte de los casos de forma relevante a la demora. Desde una perspectiva Lean estos hallazgos constituyen la base para la investigación de medidas centradas en reducir la cola derecha del proceso estableciendo circuitos efectivos y sin retrasos.

CO 196. TROMBECTOMÍA FARMACOMECAÍNICA Y STENTING EN TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA ILIOFEMORAL EXTENSA: IMPACTO EN EL DESARROLLO DE SÍNDROME POSTROMBÓTICO

Miguel Ignacio Herrero Marco, Blanca Expósito Camacho, Ignacio Querol Cisneros, Marina Navarro Sáez, Jesús Manuel Alfayate García, Luis de Benito Fernández
Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón, Madrid

Objetivos: Analizar los resultados clínicos de pacientes con trombosis venosa profunda (TVP) ilio-

femoral extensa tratados mediante trombectomía farmacomecánica asociada a *stenting* venoso.

Material: Serie retrospectiva de 20 pacientes con TVP iliofemoral extensa tratados en nuestro centro entre 2016 y 2025 con seguimiento hasta la fecha.

Metodología: Estudio observacional retrospectivo descriptivo.

Resultados: Se incluyeron 20 pacientes con una edad media de 37 años; el 80 % eran mujeres y la extremidad izquierda fue la más frecuentemente afectada (90 %). 25 % eran fumadores activos y el 45 % tomaban anovulatorios. El tiempo medio desde el inicio de los síntomas hasta la intervención fue de 12 días, con un intervalo máximo de 23 días. El seguimiento medio fue de 5,7 años. El acceso venoso más frecuente fue el poplíteo (60 %), seguido del acceso por vena safena externa (25 %). Un 25 % de los pacientes requirió perfusión complementaria de fibrinólisis tras la trombectomía (24-48 horas). Tras la recanalización se objetivó lesión compatible con síndrome May-Thurner en el 90 % de los casos. En todos los pacientes se colocó *stent* venoso ilíaco tras la trombectomía, bien por compresión ilíaca, estenosis o restos trombóticos residuales. No se registraron complicaciones. Tres pacientes presentaron estudio de trombofilia positivo (dos síndromes antifosfolípidos y una mutación en el gen de la protrombina). La permeabilidad primaria del *stent* fue del 85 % y no requirieron reintervenciones. Se registraron tres trombosis del *stent*, dos de ellas de manera precoz: un caso con agenesia de la vena cava inferior y otro caso con lesión ilíaca secundaria a cirugía previa reciente. Actualmente, el 80 % de los pacientes presentan una puntuación de Villalta \leq 5, mientras que el 20 % desarrolló síndrome postrombótico. La puntuación media de Villalta fue de 3 puntos y la media del *Venous Clinical Severity Score* (VCSS) fue de 3,3.

Conclusiones: En pacientes con TVP iliofemoral extensa, la estrategia basada en trombectomía farmacomecánica asociada a *stenting* venoso ilíaco se relaciona con una baja incidencia de síndrome postrombótico en el seguimiento a largo plazo.

CO 218. ANÁLISIS DE COSTES DIFERENCIALES EN EL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DEL ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL SEGÚN PRÓTESIS UTILIZADA Y SISTEMA DE ABORDAJE

Javier Ramírez Ruiz¹, María Marcet Recolons¹, Kerbi Alejandro Guevara Noriega^{1,2}, Diego Enrique Sisa Elizache¹, Raquel Chávez Abiega¹, Teresa Solanich Valldaura¹

¹*Consorti Corporació Sanitàri Parc Taulí. Sabadell, Barcelona.* ²*Consorti Sanitari del Maresme. Mataró, Barcelona*

Introducción y objetivos: El tratamiento endovascular del aneurisma de aorta abdominal (AAA) presenta variabilidad económica relacionada tanto con el dispositivo implantado como con la estrategia de acceso femoral. El objetivo fue realizar un análisis de costes mediante un modelo de costes diferenciales del EVAR según la prótesis utilizada y el sistema de abordaje (cierre percutáneo con ProGlide® frente a disección quirúrgica).

Material: Se incluyeron consecutivamente 51 EVAR electivos realizados durante 2024 y 2025 en un hospital universitario público. Todos los procedimientos fueron realizados por un cirujano con entrenamiento específico en cirugía aórtica y certificación FEBVS. Se analizaron exclusivamente las endoprótesis Endurant, Gore y Treo. Se excluyeron casos con técnicas endovasculares asociadas o cirugía aórtica compleja (B/FEVAR).

Metodología: Estudio observacional retrospectivo basado en registro prospectivo. Se aplicó un modelo de costes diferenciales que incluyó: coste base de la prótesis, coste de extensiones, coste del sistema de cierre (ProGlide® o disección quirúrgica) y coste de estancia hospitalaria. La utilidad se definió como alta a domicilio sin complicación mayor y ausencia de reintervención a los 3 meses. Se compararon resultados clínicos y económicos entre prótesis y según sistema de abordaje. Se utilizó prueba de χ^2 para variables categóricas y test no paramétricos para variables continuas.

Resultados: El coste medio diferencial del proceso fue: Endurant, 15 098 €; Gore, 16 229 €, y Treo, 13 444 €. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en términos de utilidad entre prótesis ($p = 0,59$). En el análisis por sistema de abordaje, la disección no se asoció a diferencias en utilidad clínica, pero sí incremento significativo de la estancia hospitalaria (5,4 frente a 2,9 días; $p = 0,011$), con el consiguiente aumento del coste total. Las diferencias económicas globales estuvieron condicionadas principalmente por el coste del implante y días de hospitalización.

Conclusiones:

1. En esta cohorte, el tipo de prótesis no se asoció a diferencias en utilidad clínica, pero sí a variabilidad en el coste total del EVAR. La disección quirúrgica incrementa el consumo de recursos sin impacto clínico adverso.
2. El análisis basado en costes diferenciales permite identificar los principales determinantes económicos del EVAR, facilita la proyección presupuestaria y contribuye a la optimización de recursos en cirugía vascular.

CO 46. TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES DE ACCIÓN DIRECTA EN PACIENTES CON MALFORMACIONES VASCULARES DE FLUJO LENTO

Ana Mayor Díaz¹, Covadonga Mendieta Azcona¹, Irene Vázquez Berges², Manuel Gómez Tellado³, Juan Carlos López Gutiérrez¹, Álvaro Fernández Heredero¹, Elena Marín Manzano¹

¹*Hospital Universitario La Paz. Madrid.* ²*Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.* ³*Hospital Universitario de A Coruña. A Coruña*

Objetivos: Estudiar la eficacia y seguridad de los anticoagulantes de acción directa en pacientes con malformaciones vasculares de bajo flujo asociadas a CIL.

Material: Las malformaciones venosas (MV) de flujo lento extensas pueden asociar coagulopatía

intravascular localizada (CIL), caracterizada por elevación del dímero-D, dolor crónico y riesgo de eventos tromboticos y hemorrágicos. Tradicionalmente, el manejo anticoagulante se ha basado en heparinas de bajo peso molecular; sin embargo, su administración subcutánea y los efectos adversos limitan el uso prolongado. Los anticoagulantes orales de acción directa (ACOD) han emergido como alternativa terapéutica, aunque la evidencia sigue siendo limitada.

Metodología: Serie de casos multicéntrica retrospectiva de pacientes con MV asociadas a CIL. Las variables principales fueron dolor (escala EVA) y niveles de dímero-D antes del inicio del tratamiento, a corto plazo (3-4 meses) y a largo plazo. Como variables secundarias se recogieron características clínicas, tipo y localización de la MV, ACOD utilizado, duración del tratamiento y eventos adversos.

Resultados: Se incluyeron 18 pacientes tratados en tres centros entre 2019 y 2024. La mediana de edad fue 34,5 años y el 61,1 % presentaba MV puras. Apixabán fue el ACOD más utilizado (50 %). Los niveles de dímero D mostraron una reducción significativa desde 3954,5 ng/mL basales hasta 706,5 ng/mL en la primera revisión y 411 ng/mL a largo plazo ($p < 0,001$). El dolor disminuyó de una mediana de 8,0 a 1,5 puntos ($p = 0,0004$). Se observó correlación entre la reducción del dímero-D y la mejoría clínica. No se registraron complicaciones hemorrágicas.

Conclusiones: Los ACOD resultan eficaces y seguros en MV de flujo lento asociadas a CIL, con mejoría clínica y analítica sostenida. Son necesarios estudios prospectivos para definir su papel definitivo.

CO 116. IMPLEMENTACIÓN DEL CÓDIGO DE ISQUEMIA MESENTÉRICA AGUDA: RESULTADOS INICIALES DE UN REGISTRO PROSPECTIVO

Juan Luis Martínez Pérez, Alina Velescu, Óscar Gasulla Montardit, Ana María González Castillo, María del Carmen Montoro Pacha, Laura Calsina Juscafresa
Hospital del Mar. Barcelona

Objetivos: La isquemia mesentérica aguda (AMI) es una entidad poco frecuente, aunque su incidencia aumenta con la edad, superando al aneurisma de aorta abdominal roto o a la apendicitis aguda en mayores de 70 años. Se asocia a una mortalidad muy elevada, si bien la introducción de códigos asistenciales y el manejo multidisciplinar podrían reducirla de forma significativa. En julio de 2024, implantamos un código de AMI con participación precoz de Cirugía Vascular, Cirugía General y Radiología, y el objetivo de este estudio fue evaluar sus resultados iniciales.

Material: Cohorte prospectiva de pacientes consecutivos que generaron una activación del Código AMI desde julio de 2024 a enero de 2026. Los criterios de activación fueron dolor abdominal desproporcionado a la exploración física (escala visual analógica > 8), con o sin antecedente cardiovascular. El protocolo establece valoración clínica urgente, realización preferente de angio TC y activación simultánea del equipo multidisciplinar.

Metodología: Se recogieron variables demográficas, tiempos asistenciales, hallazgos radiológicos, tipo de isquemia mesentérica aguda, tipo de revascularización y mortalidad hospitalaria.

Resultados: Se activó el código en 35 casos consecutivos con un tiempo mediano desde la llegada a Urgencias hasta la activación de 50 minutos y desde este al diagnóstico de 17 minutos. Se confirmó AMI en 16 pacientes, siendo oclusiva en 10 casos (edad mediana 63 años). Se realizaron 4 tratamientos endovasculares, 3 *bypass*, 1 ROMS y 2 tromboembolotomías con cierre de pared abdominal diferido. Todos los pacientes con AMI identificados mediante el código se encontraban hemodinámicamente estables y sin fallo orgánico establecido en el momento de la intervención. La mortalidad hospitalaria en los casos de AMI oclusiva fue del 20 %.

Conclusiones: La implantación del código AMI se ha asociado a tiempos diagnósticos que permiten una indicación terapéutica en fases tempranas de la AMI. La participación precoz del equipo multidisciplinar y la disponibilidad inmediata de varias

estrategias terapéuticas permite conseguir buenos resultados de supervivencia en esta urgencia vascular tiempo-dependiente.

CO 158. BALÓN DE OCLUSIÓN AÓRTICO SUPRARRENAL PARA LA REPARACIÓN ABIERTA DEL ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL ROTO. TÉCNICA Y RESULTADOS

Lia Postius Echeverri, Ferrán Plá Sánchez, María José Paredes Ruiz, Sofía Hernández Pérez, Efrén Martel Almeida, Guido Volo Pérez
Hospital Universitario de Gran Canarias Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria

Objetivos: Resultados del uso de balón de oclusión aórtico (BOA) como clampaje temporal previo a la reparación de aneurismas de aorta infrarrenal rotos (AAAR) intervenidos mediante cirugía abierta (CA).

Material: Estudio de cohortes retrospectivo de pacientes intervenidos en nuestro centro entre enero de 2018 y diciembre de 2025 por AAAR. Se excluyeron aquellos pacientes en los que se indicó cirugía con *exitus* previo a la llegada a quirófano y aneurismas pararrenales y suprarrenales.

Metodología: Se dividió la muestra en dos grupos en función del uso de BOA tras protocolización en 2022. Grupo A: Clampaje con BOA a nivel suprarrenal guiado por escopia bajo anestesia local previo a la inducción anestésica (2022-2025). Grupo B: Cirugía sin BOA previo (2018-2022). El objetivo principal del estudio fue analizar la morbimortalidad a 30 días.

Resultados: Cuarenta pacientes intervenidos por AAAR en dicho periodo, 17 mediante CA y 23 mediante EVAR. El diámetro medio del aneurisma fue de 90 mm (± 20) y un 88 % fueron varones con una edad mediana de 74 años (RIQ 66-76). En 8 pacientes de CA se utilizó BOA (47 %, grupo A) frente a 9 con clampaje convencional (53 %, grupo B). No existieron diferencias significativas en las características demográficas ni anatómicas entre ambos grupos, así como en la inestabilidad hemodinámica

a su llegada a quirófano (37,5 % grupo A frente a 55,5 % grupo B, $p = 0,399$), definiéndose como la presencia de hipotensión y taquicardia que precisara fármacos vasoactivos previo a la intervención. La necesidad de transfusión intraoperatoria fue del 100 % en el grupo A (media 9 concentrados ± 4) frente al 77,8 % en el grupo B ($p = 0,265$) (media 6 concentrados ± 5). La mortalidad a 30 días fue del 12,5 % (1) en el grupo A frente al 55,6 % (5) en el grupo B ($p = 0,088$). No hubo complicaciones relacionadas con el acceso en el grupo A y no existieron diferencias en la insuficiencia renal posoperatoria (77,8 % frente a 75 % $p = 0,665$).

Conclusiones: El BOA es una técnica factible como clampaje temporal previo a la reparación definitiva del AAAR. Su uso previo a la inducción anestésica parece disminuir la mortalidad respecto al clampaje convencional, si bien hacen falta estudios de mayor potencia estadística para confirmar estos hallazgos.

CO 172. FACTORES DE ALTO RIESGO Y RESULTADOS EN DISECCIÓN AÓRTICA DE TIPO B AGUDA: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN UN ÚNICO CENTRO

Jordi Brull Baiget, Gaspar Mestres Alomar, Victoria Ignacia Gamé Figueroa, Daniel Gil Sala, Adrián López Campillo, Vicente Riambau Alonso
Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Clínic. Barcelona

Objetivos: Describir la incidencia de los factores de alto riesgo (FAR) definidos por las guías clínicas actuales (ESVS, AHA, ESC) en la disección aórtica tipo B aguda no complicada (DATBnc) y evaluar su impacto real en la indicación terapéutica y el pronóstico a medio plazo.

Material: Se analizaron retrospectivamente todos los ingresos consecutivos por disección aórtica tipo B aguda en un centro terciario entre 2015 y 2025. Se recogieron variables clínicas y de imagen mediante angio TC al ingreso y en el control precoz (48-72 h).

Metodología: Dos observadores evaluaron la presencia de FAR: diámetro aórtico > 40 mm, luz falsa > 20 mm, desgarro de entrada > 10 mm o en curvatura menor, crecimiento aórtico > 5 mm, derrame pleural, malperfusión radiológica, hipertensión/dolor refractarios y reingreso. Se analizaron las asociaciones entre FAR, tratamiento y supervivencia mediante pruebas de χ^2 y curvas de Kaplan-Meier (*Log-Rank*).

Resultados: Se incluyeron 46 pacientes: 12 (26,1 %) con presentación complicada (DATBc) y 34 (73,9 %) no complicada (DATBnc). En el grupo DATBnc, la prevalencia de ≥ 1 FAR aumentó del 70,6 % al ingreso al 79,4 % (27/34) en el TC de las 48h. La presencia de FAR a las 48 h fue determinante para la indicación de TEVAR, ya fuera durante el ingreso (59,3 % con FAR frente a 14,3 % sin ellos; $p = 0,034$) o en la fase subaguda, tras el alta, alcanzando una tasa global de intervención del 81,5 % (22/27) en el grupo con FAR frente al 42,9 % (3/7) en aquellos sin riesgo ($p = 0,039$). En el análisis de supervivencia, los pacientes DATBnc sin FAR mostraron una supervivencia del 100 % a 1 y 5 años, frente al 80,5 % y 65,1 %, respectivamente, en aquellos con FAR, aunque esta tendencia no alcanzó significación estadística (*Log-Rank* $p = 0,555$). No se hallaron diferencias significativas en la supervivencia global entre DATBc y DATBnc ($p = 0,715$).

Conclusiones: Los factores de alto riesgo presentan una elevada prevalencia en la DATBnc, identificándose en casi el 80 % de los pacientes a las 48 h. Su presencia en la fase aguda constituye el principal determinante para la indicación de tratamiento endovascular en nuestro medio. El manejo agresivo de este subgrupo de riesgo parece igualar su pronóstico vital a largo plazo con el de los pacientes sin factores de riesgo.

CO 186. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA REVASCULARIZACIÓN ENDOVASCULAR DEL TRONCO CELÍACO Y LA ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR EN LA ISQUEMIA MESENTÉRICA CRÓNICA. NUESTRA EXPERIENCIA

David Alejandro Vargas Larriva, José Raúl García Casas, Rodrigo Fernández González, Marta González Fernandes, Esther Castillo Mañas, Carlos Sebastián Hernández Obando
Complejo Universitario Hospitalario de Pontevedra. Pontevedra

Objetivos: Evaluar comparativamente el impacto clínico y los resultados a medio plazo de la revascularización del tronco celíaco frente a la arteria mesentérica superior en pacientes con isquemia mesentérica crónica.

Material: Estudio observacional retrospectivo que incluyó 27 pacientes intervenidos por isquemia mesentérica crónica en el CHUP entre 2019 y diciembre de 2025.

Metodología: Se analizaron características clínicas, hallazgos anatómicos en angio TC, vaso tratado (AMS o TC), técnica empleada, éxito clínico, permeabilidad y necesidad de reintervención. El seguimiento consistió en revisión clínica al mes y angio TC a los 6 meses.

Resultados: La edad media fue de 74,9 años; el 85,1 % presentó ángor mesentérico y el 48,1 % pérdida de peso. La AMS estaba afectada en el 92,6 % de los casos (56 % oclusión, 44 % estenosis significativa), observándose afectación combinada AMS-TC en el 63,0 %. El tratamiento endovascular se realizó en 22 pacientes (81,5 %), con implantación de *stent* en la AMS en 11 casos (40,7 %) y en el TC en 11 (40,7 %). Cinco pacientes (18,5 %) precisaron cirugía abierta tras fracaso endovascular. La revascularización de ambas arterias viscerales mostró resultados clínicos superponibles en nuestra serie. La resolución completa del dolor abdominal fue del 100 % al igual que la permeabilidad radiológica a medio plazo fue igualmente del 100 % en los controles disponibles, sin diferencias significativas entre territorios. Tres pacientes precisaron revascularización de rescate (18,2 % en AMS frente al 9,1 % en TC), sin diferencias estadísticamente significativas (OR: 2,22; IC 95 %, 0,17-28,6; $p = 0,54$). En conjunto, no se evidenciaron diferencias significativas en términos de éxito clínico, permeabilidad ni necesidad de rescate entre la revascularización de la AMS y del TC, confirmando resultados equivalentes.

Conclusiones: En nuestra experiencia, la revascularización del tronco celíaco demuestra una eficacia clínica y permeabilidad comparables a las de la arteria mesentérica superior, probablemente sustentadas por la red de colateralidad mesentérica. La estrategia terapéutica debe fundamentarse en la anatomía individual y la viabilidad técnica, reforzando la importancia de la selección individualizada de la estrategia de revascularización. Estos hallazgos apoyan que la revascularización dirigida al tronco celíaco constituye una alternativa válida en pacientes seleccionados con isquemia mesentérica crónica.

CO 228. EL ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL (AAA) ROTO DUPLICA LA ESTANCIA Y MULTIPLICA EL COSTE DEL EVAR: ANÁLISIS DE COSTES DIFERENCIALES EN PRÁCTICA REAL

Javier Ramírez Ruiz¹, Kerbi Alejandro Guevara Noriega^{1,2}, María Marcet Recolons¹, Diego Sisa Elizeche¹, Pablo Salvaré Heikel¹, Teresa Solanich Valldaura¹

¹*Consorci Corporació Sanitàri Parc Taulí. Sabadell, Barcelona.* ²*Consorci Sanitari del Maresme. Mataró, Barcelona*

Objetivos: El aneurisma de aorta abdominal (AAA) roto representa una situación crítica con elevado impacto clínico y organizativo. El objetivo fue cuantificar el impacto clínico y económico del EVAR en AAA roto frente a electivo mediante un modelo de costes diferenciales, ajustado por los principales determinantes del gasto.

Material: Se incluyeron consecutivamente 63 EVAR realizados durante 2024-2025 en un hospital universitario público, excluyendo técnicas complejas (B/FEVAR) y procedimientos asociados. Se analizaron exclusivamente endoprótesis Endurant, Gore y Treo. Todos los procedimientos fueron realizados por un cirujano con entrenamiento específico en cirugía aórtica y certificación FEBVS. Doce casos correspondieron a AAA roto (19,0 %).

Metodología: Estudio observacional retrospectivo basado en registro prospectivo. Se aplicó un modelo de costes diferenciales considerando material implantado y coste de estancia hospitalaria. La utilidad se definió como alta a domicilio sin complicación mayor y ausencia de reintervención a 3 meses. Se compararon estancia, utilidad y coste total entre AAA roto y electivo mediante test de Mann-Whitney y χ^2 .

Resultados: Los AAA rotos presentaron una estancia hospitalaria significativamente superior (media 12,6 frente a 4,8 días; $p = 0,018$), con medianas de 17,0 frente a 2,0 días. La utilidad clínica fue significativamente inferior en el grupo roto (25,0 % frente a 84,3 %; $p = 0,0059$). El coste total del proceso se incrementó en aproximadamente 7925 € por caso roto, incremento explicado casi exclusivamente por la mayor duración de la hospitalización. El coste protésico no fue el principal determinante económico. No se incluyeron costes derivados de procedimientos adicionales en UCI.

Conclusiones: El EVAR en AAA roto se asocia a una reducción significativa de la utilidad clínica y a un incremento significativo del coste total, siendo la estancia hospitalaria el principal *driver* económico. Estos datos evidencian que el impacto presupuestario del AAA roto depende más de la gestión perioperatoria que del dispositivo implantado, subrayando la importancia de estrategias organizativas orientadas a optimizar la estancia hospitalaria.

CO 232. ENTRE LA INNOVACIÓN TÉCNICA Y LA EVIDENCIA CIENTÍFICA: ¿QUÉ CALIDAD SUSTENTA LAS RECOMENDACIONES EN CIRUGÍA VASCULAR TERCIARIA?

Oriol Demestre i García¹, Kerbi Alejandro Guevara Noriega², Javier Ramírez Ruiz¹, Pablo Javier Salvaré Heikel¹, Raquel Chávez Abiega¹, Teresa Solanich Valldaura¹

¹*Parc Taulí Hospital Universitari. Sabadell, Barcelona.* ²*Hospital Universitari de Mataró. Mataró, Barcelona*

Objetivos: La cirugía vascular terciaria (aórtica y troncos supraaórticos) ha experimentado una ex-

pansión técnica y conceptual sin precedentes. Sin embargo, la creciente sofisticación procedimental no siempre se acompaña de una consolidación proporcional en la calidad de la evidencia científica que sustenta nuestras decisiones. La European Society for Vascular Surgery (ESVS) actualiza periódicamente sus recomendaciones con el objetivo de estandarizar la práctica clínica. El presente estudio analiza de forma crítica y comparativa la solidez metodológica real que sustenta dichas recomendaciones mediante la evaluación sistemática de la distribución de clases de recomendación y niveles de evidencia en patología vascular terciaria.

Material: Se analizaron todas las recomendaciones formales de cuatro guías clínicas europeas recientes: aneurisma aortoiliaco abdominal (2024), aorta torácica descendente y toracoabdominal (2026), enfermedad carotídea y vertebral (2023) y patología del arco aórtico (2019). Se incluyó la totalidad de las recomendaciones, respetando estrictamente su asignación original de clase (I-III) y nivel de evidencia (A-C).

Metodología: Estudio descriptivo transversal. Se construyó una base de datos con más de 460 recomendaciones. Se realizó un análisis cruzado clase por nivel de evidencia y una comparación interguías, cuantificando proporciones absolutas y relativas.

Resultados: Los resultados revelan que, globalmente, solo el 9 % de las recomendaciones están sustentadas por un nivel de evidencia A, frente a un 32 % de nivel B y un predominante 59 % de nivel C. Las guías de aneurisma aórtico abdominal y aorta torácica mostraron un predominio claro del nivel C (70 %), incluso en recomendaciones de clase I, evidenciando una dependencia estructural de estudios observacionales y consensos de expertos. La guía del arco aórtico destacó por la ausencia total de nivel A y un 77 % de nivel C. En contraste, la patología carotídea concentró la mayor solidez, con un 16 % de recomendaciones nivel A respaldadas por ensayos clínicos aleatorizados.

Conclusiones: La patología vascular terciaria carece de uniformidad en su base científica. Mientras la enfermedad aórtica continúa dominada por eviden-

cia observacional, la cirugía carotídea constituye el ámbito con mayor solidez metodológica. Estos datos evidencian una brecha entre complejidad técnica y fortaleza científica, subrayando la necesidad de ensayos clínicos colaborativos que redefinan el estándar de evidencia en aorta compleja.

CO 233. VALIDEZ DIAGNÓSTICA DEL PEDAL ACCELERATION TIME (PAT) EN ARTERIAS PEDIA Y TIBIAL POSTERIOR EN ISQUEMIA CRÓNICA DE MIEMBROS INFERIORES

Albert Castellà Durall, Carlos Martínez Rico, Xavier Martí Mestre, Regina Callejón Baño, Alba Amaré Chimenos, Laura Gómez Martínez, Elena Iborra Ortega

Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona

Objetivos: Evaluar la validez diagnóstica del *pedal acceleration time* (PAT) medido a nivel proximal (arterias pedia y tibial posterior) como herramienta para la detección de isquemia de miembros inferiores evaluando su concordancia con el índice tobillo-brazo (ITB) y el *pedal acceleration time* (PAT) clásico.

Material: Estudio observacional transversal con 40 pacientes (80 extremidades) entre julio 2024 y septiembre 2025 que acudieron al Laboratorio de Diagnóstico Vascular para la realización de un estudio hemodinámico arterial de miembros inferiores. A todos los pacientes se registró el ITB, el PAT y el PAT proximal en las arterias pedia y tibial posterior.

Metodología: Se categorizó el ITB en 3 grupos; > 0,9 (no isquemia), 0,4-0,9 (isquemia moderada), < 0,4 (isquemia crítica). Igualmente, se categorizó los PAT clásicos y proximales en: < 120 ms (no isquemia), 120-180 ms (isquemia moderada) y > 180 ms (isquemia crítica). Se evaluó la concordancia entre ITB-PAT proximal y PAT-PAT proximal mediante el coeficiente kappa ponderado. Se calcularon correlaciones de Spearman para variables continuas. Dado que varias extremidades pertenecían al mismo paciente, los intervalos de confianza se ajustaron mediante Bootstrap para datos agrupados por paciente.

Resultados: La edad media fue 68,2 años. Con base en el ITB, 36 extremidades se clasificaron como no isquémicas (45 %; ITB > 0,9), 33 como isquemia moderada (41,2 %; ITB 0,4-0,9), 3 como isquemia crítica (3,8 %; ITB < 0,4) y 8 no fueron valorables (10 %). Se obtuvo una concordancia baja-moderada (kappa ponderada de 0,332; IC 95 %: 0,166-0,448) entre ITB-PAT proximal (excluyendo ITB no valorable). La concordancia PAT-PAT proximal fue sustancial-alta (kappa ponderada de 0,775; IC 95 %: 0,685-0,879). El análisis de correlaciones continuas de Spearman mostró una correlación fuerte entre PAT-PAT proximal ($\rho = 0,906$; $p < 0,001$) y una correlación moderada inversa entre ITB-PAT proximal ($\rho = -0,499$; $p < 0,001$).

Conclusiones: El PAT en arterias proximales presenta una alta concordancia con el PAT clásico, sugiriendo su utilidad como método diagnóstico en esta localización. La correlación baja-moderada con el ITB podría deberse a la disminución de la sensibilidad del ITB en pacientes con marcada calcificación arterial. La baja prevalencia de isquemia crítica en nuestra muestra limita la precisión en esta categoría específica y sugiere la necesidad de estudios adicionales.

CO 243. RESULTADOS A LARGO PLAZO DEL MANEJO MULTIDISCIPLINAR EN LA ESTENOSIS CAROTÍDEA ASINTOMÁTICA (2021-2024)

Fabricio Barahona Ulloa, Jordi Brull Baiget, Xavier Yugueros Castellnou, Gaspar Mestres Alomar, Laura Lull Estrany, Vicente Riambau Alonso
Hospital Clínic. Barcelona

Objetivos: Evaluar los resultados clínicos a largo plazo de pacientes con estenosis carotídea asintomática valorados por comité multidisciplinar entre 2021 y 2024.

Material: Estudio observacional retrospectivo de pacientes ($n = 185$) con estenosis carotídea asintomática evaluados en comité integrado por Cirugía Vasculat, Neurología, Endocrinología y Radiología de un hospital de tercer nivel, discutidos de forma protocolizada y estrategia individualizada.

Metodología: Se analizaron variables demográficas, factores de riesgo cardiovascular, grado de estenosis, medicación previa, estrategia terapéutica y eventos mayores. El comité decidió manejo médico intensivo exclusivo o asociado a revascularización (endarterectomía o *stent*) según grado de estenosis (≥ 70 %), esperanza de vida, riesgo quirúrgico, anatomía y características de mayor riesgo de ictus. El resultado primario fue ictus, infarto agudo al miocardio (IAM) o muerte durante el seguimiento (48 meses).

Resultados: Edad media $71,5 \pm 8,6$ años, 68,6 % varones. Alta carga de factores de riesgo cardiovascular: dislipidemia 89,2 %, hipertensión 87,6 %, obesidad 62,3 %, diabetes 41,1 %, enfermedad arterial periférica 34,1 % y coronariopatía 31,4 %. El 58,4 % presentaba estenosis severa (≥ 70 %), el 24,9 % estenosis importante (50-69 %) y 10,2 % oclusión unilateral, estos dos últimos grupos con patología contralateral importante/severa. En estenosis severas ($n = 108$), 37 pacientes (34 %) fueron incluidos en el ensayo aleatorizado internacional CREST-2, que compara revascularización más tratamiento médico frente a tratamiento médico intensivo aislado en estenosis asintomática (≥ 70 %). Las estrategias terapéuticas fueron manejo médico exclusivo (81,6 %), endarterectomía (15,1 %) y *stent* (3,2 %). Tras intervención del comité, se intensificó significativamente el manejo médico, siendo el principal cambio la optimización del cumplimiento de estatinas de alta potencia (78 % al 90 %, $p < 0,001$). Hasta los 48 meses, se registraron 9 eventos neurológicos ipsilaterales (6 tenían estenosis severa y 3 importante; $p = 0,657$). Existieron 6 IAM y 26 fallecimientos. En estenosis severas ($n = 108$), manejo médico exclusivo (69,4 %) mostró 95 % libre de ictus ipsilateral y 88 % supervivencia a 48 meses; endarterectomía (25 %) evidenció 100 % libre de ictus y 100 % de supervivencia, y *stent* (5,6 %). La comparación entre estrategias no mostró diferencias significativas ($p = 0,144$).

Conclusiones: La evaluación en comité multidisciplinar permite intensificar el tratamiento médico y seleccionar adecuadamente candidatos a revascularización quirúrgica. Existe bajo riesgo de ictus en el manejo médico optimizado. La eficacia de la endarterectomía en la prevención de ictus y los buenos

resultados a largo plazo, sugieren que una selección estricta podría ampliar de forma segura las indicaciones en pacientes con mayor riesgo de ictus.

CO 88. INESTABILIDAD DEL VASO DIANA Y PERMEABILIDAD DE STENTS PUENTE EN REPARACIÓN ENDOVASCULAR FENESTRADA Y/O RAMIFICADA DE PATOLOGÍA AÓRTICA

Selma Suárez González, Claudia Aramendi Arietaaraunabeña, Iñaki Cernuda Artero, Andoni González Fernández, Reyes Vega Manrique
Hospital Universitario Basurto. Bilbao

Objetivos: Evaluar la incidencia de inestabilidad de vaso diana (IVD), reintervención y permeabilidad primaria (PP) de los *stents* puente (SP) utilizados en la reparación endovascular fenestrada y/o ramificada (f/bEVAR) de patología aórtica, según tipo de endoprótesis y tipo de SP.

Material: f/bEVAR realizadas en nuestro centro en 2016-2025.

Metodología: Estudio observacional, retrospectivo, seguimiento de una cohorte. Se analizaron variables clínicas, diagnóstico, tipo, número y tamaño SP, tipo de endoprótesis (fenestrada, ramificada, rama interna), IVD (estenosis, oclusión, endofuga), reintervenciones, mortalidad. Análisis estadístico (descriptivo, Fisher, *t* de Student, curvas Kaplan-Meier).

Resultados: Se incluyeron 82 pacientes con edad media de $74,9 \pm 7,3$ años. La mediana de seguimiento fue 1,84 años (0,6-3,93). Se registraron 26 (31,7 %) *exitus* con una tasa de mortalidad de 1,27/10 años-persona y una mediana de supervivencia de 5,2 años. Se incluyeron 300 vasos diana (VD): 65 (21,7 %) tronco celíaco (TC), 73 (24,3 %) arterias mesentérica superior (AMS), 79 (26,3 %) renal derecha (ARD), 80 (26,7 %) izquierda (ARI) y 3 (1 %) polares. Se usó más frecuentemente fEVAR ($n = 189$, 63 %), seguidas de ramificadas ($n = 97$, 32,3 %) y 14 (4,7 %) ramas internas. Predominaron SP balón expandible 262 (87,6 %), 6 (2 %) autoexpandible

y en 31 (10,4 %) híbrido. Marcas SP usadas: BeGraft ($n = 110$, 36,8 %), iCover ($n = 89$, 29,8 %), VBX ($n = 80$, 26,8 %), otras ($n = 20$, 6,7 %). Se registraron 35 (11,7 %) casos de IVD, principalmente por endofugas ($n = 20$, 57,1 %), numéricamente más frecuente en ARI ($n = 10$, 12,5 %), ramas internas ($n = 3$, 21,4 %) y *stents* híbridos ($n = 10$, 32,3 %), siendo la diferencia del último estadísticamente significativa ($p = 0,003$). 20 (57,1 %) casos requirieron reintervención, más frecuente en TC ($n = 6$, 30 %), ramas internas ($n = 3$, 15 %) y balón-expandible ($n = 16$, 80 %). La incidencia de pérdida de PP fue de 1,11 eventos/persona-año. La tasa de incidencia de reintervenciones fue de 9,37/10 años-persona.

Conclusiones: La PP a lo largo del seguimiento fue alta. La IVD fue más frecuente en ARI y las reintervenciones en TC, sin demostrar significancia estadística. Sin embargo, el uso combinado de SP balón expandible y autoexpandible mostró peores resultados en cuanto a IVD ($p = 0,003$). La necesidad de reintervención fue limitada, con una baja tasa de incidencia. En nuestro centro, la f/bEVAR ofrece buenos resultados de permeabilidad y bajas tasas de reintervención a medio plazo.

CO 117. RENDIMIENTO COMPARATIVO DE VARIOS ÍNDICES DE COMORBILIDAD GENERAL EN LA PREDICCIÓN DE SUPERVIVENCIA EN PACIENTES CON ANEURISMAS AORTOILÍACOS E INDICACIÓN DE REPARACIÓN

María del Carmen Montoro Pacha, Raquel Zarzuelo Malet, Ezequiel Paredes Mariñas, Sara Ibáñez Pallares, Mar Abadal Jou, Albert Clarà Velasco
Hospital del Mar. Barcelona

Objetivos: Los índices de comorbilidad general pueden ser útiles para identificar pacientes con supervivencia limitada y ayudar en decisiones terapéuticas profilácticas. El objetivo de este estudio fue comparar seis *scores* de comorbilidad general en pacientes con aneurisma aórtico y/o ilíaco íntegro (AAI) e indicación de reparación.

Material: Cohorte retrospectiva consecutiva de pacientes con AAAI e indicación de reparación atendidos en un hospital universitario entre 2008 y 2021.

Metodología: Para cada paciente se midió el índice de Charlson, el número de comorbilidades activas (COMA) y totales (COMT), el número de fármacos crónicamente prescritos (POLIF) y el *Comorbidity Polipharmacy Score*, obtenido por la adición de POLIF+COMA (CPS-A) o POLIF + COMT (CPS-T). Su asociación con supervivencia se analizó mediante regresiones de Cox ajustadas por edad, sexo y tratamiento del AAAI, comparándose posteriormente las áreas bajo la curva de cada modelo.

Resultados: Se evaluaron 424 pacientes (edad media: 75,1 años, 92,2 % varones), de los que 110 (25,9 %) fueron seguidos médicamente y 314 (74,1 %) intervenidos electivamente (19,7 % abierta, 80,3 % endovascular), y que presentaron una puntuación media de CHARLSON = 2,27, COMA = 5,92, COMT = 6,95, POLIF = 6,62, CPS-A = 12,5 y CPS-T = 13,6. A lo largo del seguimiento (mediana = 4,84 años), 292 (68,9 %) pacientes fallecieron con una supervivencia a 2 y 5 años del 75,9 % y 54,5 %. En los modelos multivariados, todos los índices se asociaron significativamente a supervivencia a 5 años (CHARLSON *Hazard Ratio* (HR) = 1,2, $p < 0,001$, área bajo la curva (AUC) = 82,8; COMA HR = 1,11, $p < 0,001$, AUC = 81,3; COMT HR = 1,09, $p < 0,001$, AUC 81,4; POLIF HR = 1,07, $p < 0,001$, AUC = 81,8; CPS-A HR = 1,05, $p < 0,001$, AUC = 81,9; CPS-T HR = 1,05, $p < 0,001$, AUC = 82), sin hallarse diferencias significativas entre ellos. Un número de COMA > 5 o una POLIF > 6 (mejores puntos de corte en una curva ROC) se asociaron a una supervivencia a 2/5 años de 68,7 % / 44,3 % y de 66,5 % / 39 %, respectivamente, un 17-18 % / 24-29 % menos que un COMA ≤ 5 o una POLIF ≤ 6.

Conclusiones: Todos los índices de comorbilidad general analizados pronosticaron de forma adecuada y semejante la supervivencia de pacientes con AAAI e indicación de reparación. Aunque insuficientes para identificar pacientes con supervivencia < 2 años y descartar por sí mismos una intervención, son en general muy fáciles de medir y pueden contribuir, junto a otros factores, en la indicación terapéutica.

CO 123. EFICACIA DEL BALÓN FARMACOACTIVO DE PACLITAXEL EN EL RESCATE DE LA REVASCULARIZACIÓN INFRINGUINAL FALLIDA: ANÁLISIS EN EL SECTOR FEMOROPOPLÍTEO EN REESTENOSIS INTRASTENT Y ESTENOSIS DE BYPASS

Pablo Rodríguez González, Irene María López Arquillo, Alicia Fernández Eyaralar, Simón Acosta López, José Manuel Encisa de Sá
Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo, Pontevedra

Objetivos: Evaluar eficacia, durabilidad y seguridad a medio plazo del tratamiento endovascular con balón farmacoactivo de paclitaxel (DCB) en reestenosis *intra-stent* (ISR) femoropoplítea y estenosis de *bypass* infrainguinal.

Material: Estudio observacional retrospectivo de 46 pacientes con ISR o estenosis de *bypass* infrainguinal tratados con DCB entre julio de 2018 y julio de 2025

Metodología: Se analizaron variables demográficas, procedimentales y de seguimiento. Se realizó análisis de supervivencia (Kaplan-Meier) a 12 y 24 meses y se evaluó la respuesta clínica cuantificando la variación de Rutherford según indicación (empeoramiento clínico frente a fallo hemodinámico).

Resultados: El grupo ISR ($n = 25$; $70,7 \pm 6,7$ años) presentó elevada comorbilidad (hipertensión: 88 %; dislipemia: 80 %; tabaquismo: 76 %; cardiopatía: 64 %; diabetes: 60 %; enfermedad renal: 20 %) y lesiones complejas (Tosaka II: 60 %). En el grupo de *bypass* ($n = 21$; $68,8 \pm 9,8$ años) fue mayoritariamente de vena safena (95,2 %), seguido de PTFE (4,8 %), presentando hipertensión (76,2 %), dislipemia y tabaquismo (66,7 %), diabetes (52,4 %), cardiopatía (28,6 %) y enfermedad renal (9,5 %). La estenosis afectó principalmente la anastomosis proximal (42,9 %). En el grupo ISR, la permeabilidad primaria fue del 94,7 % (12 meses) y 68,8 % (24 meses), con reintervención del 24 % ($n = 6$). La mejoría clínica media fue $2,25 \pm 1,34$ puntos de la escala Rutherford. En el grupo *bypass*, la permeabilidad primaria fue 95,2 % y 89,6 % a 12 y 24 meses, con reinterven-

ción del 9,5 % ($n = 2$). La mejoría en sintomáticos fue $2,71 \pm 0,49$ puntos de la escala Rutherford. La intervención por fallo hemodinámico estabilizó la clínica en ambos. La tasa libre de amputación a dos años fue 95 % (*bypass*) y 91,8 % (ISR). La mortalidad a 24 meses fue 0 % (ISR) y 14,3 % (*bypass*).

Conclusiones: Los resultados sugieren que el tratamiento con balón de paclitaxel es una estrategia segura y prometedora para el rescate de revascularizaciones fallidas. A pesar de las limitaciones nuestro estudio, los datos apoyan su utilidad para el salvamento de extremidad y la preservación de injertos en riesgo.

CO 220. RESULTADOS E INDICACIONES DE ENDOPRÓTESIS DE AORTA TORÁCICA (TEVAR) TRAS LA TROMPA DE ELEFANTE CONGELADA CON THORAFLEX®

Lluna Viñas Valls, Iván Constenla García, Diego Juárez Enríquez, Álvaro Salinas Cánovas, Xavier Faner Capó, Sergi Bellmunt Montoya
Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

Objetivos: Analizar los resultados e indicaciones del tratamiento combinado de patología de aorta torácica con trompa de elefante congelada y endoprótesis de aorta torácica (TEVAR).

Material: Se recopilaron los datos de los pacientes sometidos a una cirugía de trompa de elefante congelada con prótesis Thoraflex® y TEVAR para el tratamiento de patología de aorta torácica durante 2018 y 2025.

Metodología: En este estudio observacional descriptivo se analizaron con medidas de centralización y distribución, variables demográficas, comorbilidades, indicaciones quirúrgicas, tiempo entre ambos procedimientos, y complicaciones precoces y durante el seguimiento.

Resultados: Un total de 25 pacientes fueron registrados. La edad media fue de 63 años (edad míni-

ma de 20, máxima de 82 años). El 76 % ($n = 19$), eran hombres. Las indicaciones del Thoraflex® fueron: 48 % aneurisma de arco aórtico ($n = 12$), 12 % disección de tipo B crónica ($n = 3$), 12 % disección tipo B residual ($n = 3$), 12 % aneurisma de aorta torácica descendente ($n = 3$), 8 % disección aórtica tipo A ($n = 2$), 4 % hematoma intramural ($n = 1$) y 4 % úlcera aórtica ($n = 1$). El 8 % ($n = 2$) presentaban síndrome de Marfan y otro 8 % ($n = 2$) aortopatía familiar no sindrómica. En el 20 % ($n = 5$) el TEVAR se realizó en el mismo acto que el Thoraflex®; la indicación de éstos fue: 60 % ($n = 3$) aneurisma de arco aórtico, 20 % ($n = 1$) disección tipo B residual y 20 % ($n = 1$) aneurisma de aorta torácica descendente. En el resto ($n = 20$; 80 %) el TEVAR se realizó en un segundo tiempo, con mediana entre procedimientos de 50 días (mínimo 1, máximo 1186 días). Las complicaciones a 30 días fueron 1 neuropatía óptica isquémica y 1 accidente isquémico transitorio con hemiparesia tras el Thoraflex®. No hubo complicaciones medulares isquémicas ni mortalidad. El seguimiento medio fue de $38,56 \pm 22,05$ meses, durante el que hubo 2 reintervenciones, 1 endovascular y 1 con cirugía abierta para completar la patología distal, y no hubo mortalidad aórtica. La mortalidad global fue del 12 % ($n = 3$).

Conclusiones: La cirugía de trompa de elefante congelada combinada con la endoprótesis de aorta torácica es un procedimiento con buenos resultados en pacientes afectados de patología compleja de aorta torácica.

CO 227. ANÁLISIS DE LA CONCORDANCIA EN LA SELECCIÓN DE LA ENDOPRÓTESIS EN INTERVENCIONES POR ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL INFRARRENAL ROTO

Albert Castellà Durall, Malka Huici Sánchez, Jordi Torres Florit, Carolina Herranz Pinilla, Dorelly Martínez del Carmen, Paula López García, Elena Iborra Ortega
Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona

Objetivos: Evaluar la concordancia entre la endoprótesis aórtica (EVAR) implantada de forma urgente

en pacientes con aneurisma de aorta abdominal roto (AAAr) y la recomendada por la casa comercial, así como la influencia de la experiencia del cirujano. Además, analizar la reintervención y la mortalidad a 30 días según la concordancia.

Material: Estudio retrospectivo de pacientes intervenidos mediante EVAR urgente por AAAr entre marzo 2016 y febrero 2025. Se registraron datos demográficos, tipo de endoprótesis implantada, experiencia del primer cirujano (< 5, 5-10 y > 10 años), reintervenciones y mortalidad a 30 días. Los angio TC preoperatorios se remitieron a la casa comercial para planificación según IFU.

Metodología: La concordancia se evaluó mediante el índice kappa según el diámetro del cuerpo protésico recomendado. Se realizó un análisis de concordancia estratificado por experiencia del cirujano y comparación de reintervenciones y mortalidad entre grupos mediante regresión logística.

Resultados: Se incluyeron 69 pacientes. A 38 pacientes se implantó un dispositivo aorto-uniilíaco (55 %) y a 31 aortobiilíaco (45 %). Hubo concordancia en 23 casos (33,3 %; índice Kappa global 0,31). De los no concordantes, 12 estaban fuera de IFU. Según experiencia del cirujano, el índice Kappa fue 0,188 (< 5 años), 0,156 (5-10 años) y 0,434 (> 10 años). La tasa de reintervención fue del 8,7 % en el grupo concordante y del 32,6 % en el no concordante (OR 0,21; IC 95 %, 0,03-0,87). 13 reintervenciones (76,5 %) fueron en pacientes con prótesis aortouniilíacas. De los 12 pacientes fuera de IFU, 7 (58,3 %) fueron reintervenidos, frente al 17,5 % de los pacientes dentro de IFU. Hubo 7 (43,7 %) reintervenciones en los primeros 30 días, 1 (6,3 %) dentro del 1.º año y 8 (50 %) pasado 1 año de la intervención. La mortalidad a 30 días fue del 26,1 % y 28,3 %, respectivamente (OR: 0,91; IC 95 %, 0,27-2,78).

Conclusiones: La concordancia entre el EVAR urgente y el recomendado por la casa comercial es globalmente baja. La experiencia quirúrgica podría influir, aunque se requieren estudios con mayor tamaño muestral para su validación. La concordancia se asoció con menor reintervención, sin objetivarse un impacto significativo en la mortalidad a 30 días.

CO 35. ¿ES NUESTRA ESPECIALIDAD ATRACTIVA PARA LOS FUTUROS RESIDENTES?

Antonio Martín Conejero, Alejandra Bartolomé Sánchez, Óscar Uclés Cabeza
Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid

Objetivos: Analizar el comportamiento de la especialidad de ACV en la elección de plazas entre los opositores MIR en los últimos 10 años.

Material: Se ha obtenido el número de plazas de ACV y de otras especialidades convocadas y publicadas por el Ministerio de Sanidad en los últimos 10 años y del puesto con el que ha sido elegida cada plaza.

Metodología: Se ha realizado un análisis de una cohorte histórica formada por las plazas elegidas en ACV en los 10 últimos años. Se ha comparado el número de orden con el que se elige nuestra especialidad frente a especialidades quirúrgicas y no quirúrgica en los últimos 5 años. Análisis estadístico mediante ANOVA para cuantitativas y χ^2 para categóricas.

Resultados:

- Desde 2015 a 2025 se han ofertado 464 plazas MIR de ACV, aumentado un 40 % el número de plazas en estos 10 años (de 33 a 55) a expensas sobre todo de un aumento de las unidades docentes. Desde 2025 algunas unidades docentes han ofertado 2 plazas MIR por año.
- Hay una tendencia clara en el número de elección de plaza, desde un puesto medio de 1907 en los que eligieron nuestra especialidad en 2015 a 3563 entre los que eligieron en 2025 ($p < 0,001$).
- Se han encontrado diferencias significativas ($p < 0,001$) en la posición con la que se elige plaza en este periodo de tiempo entre las diferentes CC. AA., eligiéndose con mejores puestos en Comunidad de Madrid, València, Asturias y Cataluña.
- Se ha comparado el puesto con el que se eligen las diferentes especialidades quirúrgicas en los 5 últimos años, comprobándose diferencias sig-

nificativas ($p = 0,001$) entre ellas. ACV es la especialidad quirúrgica que se elige en antepenúltima posición.

Conclusiones:

1. El número de plazas MIR de ACV ha aumentado en los últimos años debido fundamentalmente al aumento de unidades docentes acreditadas.
2. El puesto con el que se eligen las plazas de ACV ha sido más bajo a lo largo del periodo de tiempo analizado, especialmente en determinadas CC. AA.
3. ACV es una de las especialidades quirúrgicas menos atractivas para el opositor MIR.

CO 15. VALOR PRONÓSTICO DEL RATIO NEUTRÓFILOS-LINFOCITOS EN LA EVOLUCIÓN DEL SACO ANEURISMÁTICO TRAS EVAR

Sandra Pérez Fernández, José Antonio Brizuela Sanz, Joan Francisco Roedán Óliver, Sergio Asensio Rodríguez, Enrique San Norberto García, M.^a Lourdes del Río Solá
*Hospital Clínico Universitario de Valladolid.
Valladolid*

Objetivos: Tras la reparación endovascular del aneurisma de aorta abdominal (EVAR), la reducción del saco aneurismático durante el seguimiento se considera un marcador de éxito técnico y buen pronóstico. Diversos estudios sugieren que los mecanismos inflamatorios sistémicos influyen en la evolución del aneurisma tras EVAR. El ratio neutrófilos-linfocitos (NLR) es un marcador inflamatorio sencillo y accesible que se ha relacionado con peores resultados en distintas patologías cardiovasculares y quirúrgicas. El objetivo del estudio es evaluar la relación entre el NLR preoperatorio y la reducción del diámetro del aneurisma y supervivencia tras EVAR.

Material: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y unicéntrico que incluyó pacientes intervenidos de aneurisma de aorta abdominal infrarrenal mediante EVAR entre 2020 y 2022. Se analizaron variables demográficas, clínicas, analíticas y relacio-

nadas con el procedimiento. La reducción del saco aneurismático se definió como una disminución superior a 5 mm respecto al diámetro preoperatorio.

Metodología: Se llevaron a cabo análisis univariante y multivariante mediante regresión logística para identificar factores asociados a la reducción del aneurisma. Asimismo, se calcularon curvas operador-receptor (COR) para establecer el punto de corte óptimo del NLR y se realizó un análisis de supervivencia mediante Kaplan-Meier.

Resultados: Se incluyeron 103 pacientes, con una edad media de 75,7 años. El aneurisma se redujo en 60 casos (58,3 %) durante el seguimiento. El análisis de curvas COR identificó un punto de corte del NLR de 3,36 (Área bajo la curva de $0,675 \pm 0,055$ (IC 95 %, 0,567-0,783), $p = 0,003$); un NLR preoperatorio bajo ($\leq 3,36$) se asoció de forma significativa con la reducción del saco aneurismático. En el análisis multivariante, un NLR bajo y la ausencia de insuficiencia cardíaca congestiva se identificaron como predictores independientes de reducción del aneurisma. Además, los pacientes con NLR bajo presentaron una mayor supervivencia global durante el seguimiento ($1714,7 \pm 59,4$ días frente a $1460,4 \pm 109,4$ días; $p = 0,028$).

Conclusiones: El ratio neutrófilos-linfocitos preoperatorio es un marcador inflamatorio útil para predecir la reducción del saco aneurismático tras EVAR. Un NLR bajo se asocia a mejores resultados anatómicos y a una mayor supervivencia, por lo que podría considerarse un parámetro pronóstico relevante en la evaluación preoperatoria de estos pacientes.

CO 43. ENDARTERECTOMÍA CAROTÍDEA EN PACIENTES ≥ 75 AÑOS CON ESTENOSIS CAROTÍDEA ASINTOMÁTICA

Ainhoa Figuérez Marcos, Krystell Daniela Escoto Theodoracopoulos, Francina Rocamora Horrach, Enrique Manuel-Rimbau Muñoz, Raúl Lara Hernández, Pascual Lozano Vilardell
Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca

Objetivos: Comparar seguridad y eficacia clínica de la endarterectomía carotídea (TEA) en pacientes con estenosis carotídea asintomática según la edad, evaluando eventos cardiovasculares y neurológicos y supervivencia a 30 días, 1 año y 5 años.

Material: Pacientes con estenosis carotídea asintomática intervenidos de TEA entre 2010-2024.

Metodología: Estudio observacional retrospectivo.

Resultados: Se realizaron 572 TEA carotídeas, de las cuales 159 (27,8 %) fueron asintomáticos. El grupo A (≥ 75 años) incluyó 54 pacientes (34 %) y el grupo B (< 75 años) 105 (66 %); la edad media fue 78 años en el grupo A (75-85) frente a 66 años en el grupo B (49-74). El tabaquismo activo y la diabetes fueron más frecuentes en el grupo B, mientras que la ERC fue más prevalente en el Grupo A. La técnica quirúrgica fue homogénea en ambos grupos, predominando la eversión. El uso de shunt, la conversión anestésica y la duración media de hospitalización fueron similares entre grupos. A los 30 días no se registró mortalidad ni IAM en ninguno de los grupos. Las tasas de ictus ipsilateral (1,9 % frente a 2,9 %; $p = 0,701$), ictus contralateral (0 % frente al 1 %; $p = 0,472$) y eventos combinados (IAM/ictus ipsilateral) (1,9 % frente al 2,9 %; $p = 0,701$) fueron similares. Tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas en la aparición de complicaciones quirúrgicas como hematomas (0 % frente al 1,9 %; $p = 0,307$) ni lesiones de pares craneales o edemas (5,6 % frente al 1,9 %; $p = 0,212$). El seguimiento medio fue de 78 meses (DE 50). No se observaron diferencias significativas entre grupos al año ni a los 5 años en eventos neurológicos, cardiovasculares o combinados. La supervivencia global a 5 años fue inferior en el Grupo A (56,3 % frente al 86,6 %; $p < 0,001$), no atribuible a eventos neurológicos. La reestenosis > 70 % fue mayor en el grupo B (2 % frente al 13,6 %; $p = 0,022$), con una mayor tasa de reintervención o *stent* (0 % frente al 4,8 %; $p = 0,103$).

Conclusiones: La TEA carotídea en pacientes ≥ 75 años asintomáticos es segura y presenta resultados neurológicos y cardiovasculares comparables a los pacientes más jóvenes. La menor super-

vivencia a medio plazo en pacientes ≥ 75 años re- fuerza que la indicación se base en comorbilidad y expectativa de vida, más que en la edad aislada.

CO 63. ¿APORTAN BENEFICIO LOS STENTS LIBERADORES DE FÁRMACO EN EL SECTOR FEMORAL E ILÍACO? ANÁLISIS COMPARATIVO A LARGO PLAZO

Carlos Manuel García Padrón, Sergio Fernández Bello, Noelia Cenizo Revuelta, M.^a Lourdes del Río Solá, Eva Álvarez García, Sandra Pérez Fernández, Marina Jiménez Caja
Hospital Clínico Universitario de Valladolid.
Valladolid

Objetivos: Evaluar el impacto a largo plazo de los *stents* liberadores de fármaco (SLF) frente a los *stents* metálicos convencionales (SM) en el territorio femoral e ilíaco, analizando permeabilidad, evolución clínica y supervivencia.

Material: Se realizó estudio de cohortes prospectivo que incluyó pacientes sometidos a tratamiento endovascular en el sector femoral e ilíaco. La cohorte SLF estuvo compuesta por pacientes tratados con *stents* Zilver® PTX® (Cook Medical) entre diciembre de 2017 y diciembre de 2019. Se seleccionó un grupo comparador de pacientes tratados con *stents* metálicos durante el mismo periodo, con características basales comparables.

Metodología: Se recopilaron variables demográficas, factores de riesgo cardiovascular, situación clínica basal y características anatómicas del territorio tratado. Las variables de resultado incluyeron permeabilidad primaria, asistida y secundaria (mediante seguimiento eco Doppler), mejoría clínica, necesidad de reintervención, tasas de amputación mayor y menor, mortalidad y tiempo de supervivencia. Las características basales se compararon mediante pruebas χ^2 de Pearson y t de Student.

Resultados: Se incluyeron 66 pacientes (33 SLF y 33 SM), con una edad media de $68,36 \pm 9,94$

y $70,58 \pm 8,24$ años, respectivamente. La proporción de varones fue del 93,9 % en el grupo SLF y del 84,8 % en el grupo SM. El 63,6 % de los pacientes en el grupo SLF y el 54,5 % en el grupo SM presentaban claudicación intermitente. Durante el seguimiento fallecieron 22 pacientes (33,3 % en ambos grupos), sin registrarse muertes directamente relacionadas con la enfermedad arterial periférica. Ambas cohortes mostraron comparabilidad en factores de riesgo, clasificación clínica, complejidad anatómica e intervenciones previas, con un tiempo medio de seguimiento similar ($50,52 \pm 29,52$ frente a $50,00 \pm 30,65$ meses). No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre SLF y SM en permeabilidad global (81,8 % frente a 75,8 %), permeabilidad primaria, asistida o secundaria. Tampoco se identificaron diferencias en la necesidad de reintervención, tiempo libre de reintervención ni en las tasas de amputación. La mortalidad y el tiempo libre de muerte fueron comparables entre grupos.

Conclusiones: En esta cohorte, el uso de SLF no se asoció a un incremento de la mortalidad a largo plazo. No se evidenció superioridad frente a SM en términos de permeabilidad, reintervenciones o preservación de la extremidad.

CO 111. CONTROL DE COLESTEROL LDL Y EVENTOS CARDIOVASCULARES EN PACIENTES CON ESTENOSIS CAROTÍDEA ≥ 50 %

Juan Luis Martínez Pérez, Alina Velescu, Eduardo Mateos Torres, Lorena Romero Montaña, María del Carmen Montoro Pacha, Lidia Marcos García
Hospital del Mar. Barcelona

Objetivos: El control del colesterol-LDL en pacientes con estenosis carotídea constituye un objetivo clave en la prevención cardiovascular. Mientras la ESVS recomienda tratamiento hipolipemiante sin umbral específico de LDL, la European Society of Cardiology y la European Atherosclerosis Society consideran a estos pacientes de muy alto riesgo car-

diovascular y proponen cifras < 55 mg/dL. Sin embargo, la evidencia específica en esta población es limitada. Nuestro objetivo fue evaluar la asociación entre niveles de LDL e intensidad de tratamiento hipolipemiante basales con la incidencia de eventos cardiovasculares en pacientes con estenosis carotídea ≥ 50 %.

Material: Estudio prospectivo de pacientes consecutivos con estenosis carotídea ≥ 50 % identificados mediante eco Doppler en un laboratorio vascular.

Metodología: Se recogieron características clínicas, perfil lipídico e intensidad del tratamiento hipolipemiante basales. El objetivo principal fue la incidencia de eventos cardiovasculares. Se realizaron análisis de supervivencia mediante modelos de Cox, con LDL basal modelado como Spline y ajuste multivariante.

Resultados: Se incluyeron 652 pacientes (edad mediana = 72 años, 75,6 % varones) de los que 182 (27,9 %) presentaban cardiopatía isquémica, 181 (27,8 %) enfermedad cerebrovascular y 366 (56,1 %) enfermedad arterial periférica. Durante el seguimiento (media 1,8 años), 53 pacientes presentaron eventos cardiovasculares (8,1 %). Estos pacientes mostraron (tras ajuste por edad/sexo) niveles inferiores de LDL basal (60 frente al 68 mg/dL, $p = 0,04$), si bien esta relación se perdió al ajustar por otras covariables. La cardiopatía isquémica (HR 1,40; IC 95 %, 1,01-1,93; $p = 0,040$), la anemia (HR 2,12; IC 95 %, 1,17-3,86; $p = 0,014$) y la mayor intensidad del tratamiento hipolipemiante (HR: 1,60; IC 95 %, 1,12-2,29) se asociaron de forma independiente con la aparición de eventos cardiovasculares.

Conclusiones: En pacientes con estenosis carotídea significativa, los niveles más bajos de LDL y la intensidad terapéutica hipolipemiante podrían estar reflejando una carga arteriosclerosa mayor y, pseudoparadójicamente, asociarse a mayor riesgo cardiovascular. Se requieren estudios longitudinales que evalúen si la optimización y el control sostenido del LDL a medio y largo plazo se traducen en una reducción del riesgo cardiovascular en esta población.

CO 164. UTILIDAD DE LOS ENDOANCHORS EN EL SELLADO ENTRE PRÓTESIS AÓRTICAS: ESTUDIO *IN VITRO*

Clara Raventós Tico, Gaspar Mestres Alomar, Héctor Sanz Fraile, Ignasi Jorba Masdéu, Adrián López Campillo, Vicente Rimbau Alonso
Hospital Clínic. Barcelona

Objetivos: La dislocación entre componentes modulares en endoprótesis aórticas puede comprometer el sellado y favorecer complicaciones. La estabilidad del solapamiento depende de factores como la longitud de solapado, el grado de sobredimensión y la fijación activa. Estudios previos han descrito fuerzas de desplazamiento entre endoprótesis y aorta nativa en torno a 5-30 N en configuraciones estándar, pero existe poca evidencia sobre el uso de fijación activa (*endoanchors*) en la unión entre módulos aórticos. El objetivo de este estudio es describir la fuerza (Newtons) necesaria para dislocar dos endoprótesis comparando configuración nominal, sobredimensión del 15-20 % y uso de *endoanchors*.

Material: Estudio descriptivo *in vitro*. Se midió la fuerza máxima de desplazamiento (Newtons) requerida para dislocar una endoprótesis abdominal dentro de una endoprótesis torácica a distancias de solapamiento de 10, 15, 20, 25 y 30 mm.

Metodología: Se evaluaron tres combinaciones con 0 y 20 % de *oversizing* (OS): Terumo (Terumo Relay torácica 24 mm con abdominal TRO 24 mm o 28 mm), Medtronic (Medtronic Valiant torácica 25 mm con Medtronic Endurant II abdominal 25 mm o 28 mm) y Gore (Cuff Gore Excluder 23 mm con Gore Excluder 23 mm o 28 mm). Se compararon tres configuraciones: nominal, sobredimensión del 15-20 % (abdominal de mayor diámetro) y sobredimensión 15-20 % con ampliación de 4 *endoanchors*. Se reportaron valores por distancia y máximos observados.

Resultados: En configuración nominal, las fuerzas fueron bajas: Terumo alcanzó un máximo de 36,53 N, Medtronic 2,33 N y Gore 2,98 N. La sobredimensión del 15-20 % aumentó la resistencia de forma varia-

ble: Terumo 2 (máximo 45,00 N), Medtronic (22,63 N) y Gore (5,60 N). La adición de 4 *endoanchors* incrementó de forma marcada la fuerza necesaria para dislocación, con máximos de 66,55 N (Terumo), 124,20 N (Medtronic) y 89,65 N (Gore).

Conclusiones: En este modelo *in vitro*, la sobredimensión y especialmente el uso de *endoanchors* aumentaron la fuerza necesaria para dislocar componentes modulares. El efecto de los *endoanchors* fue consistente y superior al de la sobredimensión aislada, sugiriendo un papel relevante de la fijación activa para mejorar la estabilidad mecánica en solapamientos limitados.

CO 221. DIEZ AÑOS DE EXPERIENCIA CON LOS DISPOSITIVOS ILÍACOS RAMIFICADOS. ¿QUÉ RESULTADOS PODEMOS ESPERAR?

Rodrigo Pelayo Yoldi Martín-Calpena, Amaia Echaide Artieda, Roxana Elena Goran, Patricia Susana Ramírez González, José Miguel Zaragoza García, Francisco Julián Gómez Palonés
Hospital Universitari Doctor Peset. València

Objetivos: Analizar la efectividad, seguridad y durabilidad a corto, medio y largo plazo (CMLP) de dispositivos ilíacos ramificados (BI) de PTFE (BI-PTFE) y poliéster (BI-P) para el tratamiento de aneurismas aortoiliacos.

Material: Estudio retrospectivo, observacional y analítico de pacientes intervenidos entre 2013-2025 mediante BI-PTFE y BI-P. Se incluyen procedimientos electivos en patología aneurismática aortoiliaca.

Metodología: Se recogieron variables demográficas, clínicas, anatómicas, características de endoprótesis, éxito técnico, tasas de permeabilidad y mortalidad a CMLP. Se analizan las variables mediante análisis estadístico con χ^2 , *t* de Student, Kaplan-Meier y regresión de Cox.

Resultados: Se implantaron 102 BI en 73 pacientes (99 % hombres), 24 (34,3 %) tratados mediante BI-PT-

FE (13 unilaterales, 11 bilaterales) y 49 (65,7 %) mediante BI-P (31 unilaterales, 18 bilaterales), asociados a EVAR (76,5 %), FEVAR (19,6 %) y BEVAR (3,9 %). Se registró una media de edad de 72,3 años y seguimiento mediano de 18,5 meses (rango: 0-120 meses). El diámetro medio del aneurisma aórtico fue de 51,1 mm, aneurisma ilíaco 30,3 mm, iliacas externas 10 mm e hipogástricas 8,5 mm, utilizando *stents* balón-expandible (82,2 %) o balón-expandible proximal más autoexpandible distal (17,8 %). El éxito técnico fue del 93,1 %. En el perioperatorio se produjeron 3 (2,9 %) reconversiones quirúrgicas y 1 (1 %) ruptura iliaca, ruptura aórtica, trombosis del BI e isquemia intestinal. La media de estancia hospitalaria y en UCI fueron 6,6 y 2,6 días. Durante el seguimiento, se registró 1 endofuga de tipo 1B, 2 (2 %) tipo 2 y 1 tipo 3, con 2 reintervenciones, 26 (26,3 %) regresiones del saco aneurismático ilíaco, 5 (5 %) claudicaciones glúteas y 3 (3 %) disfunciones eréctiles. Se produjo 1 fallecimiento intraquirúrgico y a 30 días; se registró una mortalidad global del 41,2 % ($n = 42$), con 2 casos relacionados con el aneurisma. Sin diferencias significativas entre ambos BI en tasas de permeabilidad primaria al año (100 frente al 87 %), 3 años (100 frente al 84,2 %) y 5 años (100 frente al 81,8 %) ni en tasas de supervivencia al año (88,2 frente al 98,3 %), 3 años (75,9 frente al 74,4 %), 5 años (73,1 frente al 68,8 %) y 10 años (40 frente al 41,7 %).

Conclusiones: En nuestra experiencia, los BI son seguros y efectivos como tratamiento de la patología aneurismática aortoiliaca. Ambos presentan tasas de permeabilidad y supervivencia comparables a CMLP.

CO 26. EL ÍNDICE NEUTRÓFILO LINFOCITO POSOPERATORIO NO PREDICE LA EVOLUCIÓN DEL SACO TRAS EVAR; LA ENDOFUGA DE TIPO II, TAL VEZ SÍ

Verónica Carolina Morillo Jiménez, Ana Mayor Díaz, Clara Plaza Pelayo, Álvaro Fernández Heredero
Hospital Universitario La Paz. Madrid

Objetivos: Evaluar la asociación entre el índice neutrófilo/linfocito posoperatorio (INL PO) y la evolución del saco aneurismático al año tras EVAR programado de aneurisma de aorta abdominal infrarrenal, ajustando por la presencia de endofuga de tipo II.

Material: Estudio retrospectivo de pacientes tratados mediante EVAR programados (2018-2024). Se incluyeron pacientes con seguimiento y diámetro del saco al año disponible. Variables: demografía, comorbilidades, diámetro basal y al año, INL PO y endofuga de tipo II (EF II). Se excluyeron pacientes con fugas de alto flujo.

Metodología: Se incluyeron 135 pacientes que tenían INL PO y estudio de imagen al año. La evolución del saco se definió por cambio de diámetro al año: regresión (≤ -5 mm), sin cambios (-4 a +4 mm) y expansión ($\geq +5$ mm). Se comparó INL PO entre grupos (Kruskal-Wallis) y se empleó regresión logística multinomial ajustando por EF II.

Resultados: Edad media $75,9 \pm 7,6$ años, 97,8 % varones; diámetro basal mediana 56 mm (IQR 53-60,5). INL PO mediana, 6,94 (IQR: 5,05-9,57). Presentaron regresión 45,2 % (61/135), sin cambios, 48,1 % (65/135), y expansión, 6,7 % (9/135). El 21,5 % (29/135) presentaron EF II, siendo más frecuente en expansión. No hubo diferencias de INL PO entre grupos en función de la evolución del saco ($p = 0,668$). En el multivariante, el INL PO no se asoció con regresión ni expansión ($p > 0,80$). En cambio, la EF II se asoció con mayor probabilidad de expansión (OR $\approx 9,6$; $p = 0,0097$) y menor de regresión (OR $\approx 0,25$; $p = 0,013$). El INL PO < 5 fue más frecuente en pacientes con endofuga de tipo II (14/29, 48,3 %) que en aquellos sin endofuga de tipo II (18/106, 17,0 %), OR $\approx 4,56$ (IC 95 %, $\approx 1,88-11,08$).

Conclusiones: En nuestra cohorte, el INL PO no predijo la evolución del saco al año. La EF II fue el principal determinante del remodelado (más expansión y menos regresión), sugiriendo que su detección y manejo pueden ser clave en la dinámica del saco. El patrón de INL PO más bajo en EF II es un hallazgo no esperado que no podemos explicar con los datos de este estudio.

CO 13. EFICACIA DE LA LITOTRICIA INTRAVASCULAR EN PACIENTES CON ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA ESTENOCLUSIVA. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Alexis Manuel Ignacio Rojas Guerreiro, María Teresa Toro Barahona, Adrián Aguirre González Álvarez, Carmen Morgado Ortega, Lara Gómez Pizarro, Sergio Carmona Berriguete
Hospital Universitario de Badajoz. Badajoz

Objetivos: Evaluar la eficacia clínico-anatomohemodinámica de la litotricia intravascular (LIV) en pacientes con enfermedad arterial periférica (EAP) de miembros inferiores (MMII).

Material: Estudio observacional, prospectivo de cohorte única con análisis pre y postratamiento. Se incluyeron pacientes consecutivos tratados en nuestro centro mediante LIV entre abril de 2024 y junio de 2025 con diferentes grados de EAP y calcificación moderada-severa. Se excluyeron procedimientos híbridos. Se trataron 11 lesiones en 8 pacientes.

Metodología: Se realizó análisis descriptivo inicial. Se estudió la normalidad de las variables cuantitativas. Se hicieron contrastes de hipótesis con pruebas no paramétricas. Finalmente, se efectuó una curva de permeabilidad. Como criterios principales: la reducción del grado de estenosis y la permeabilidad a 6 meses; y criterios secundarios: la mejoría en el grado de EAP y de la curva Doppler.

Resultados: Todos fueron hombres, con una edad media de $64,18 \pm 6,01$ años. Todos presentaban hipertensión arterial, dislipemia y tabaquismo. Alta prevalencia de diabetes *mellitus* (63,60 %). La isquemia crónica amenazante de la extremidad (CLTI) correspondía al 63,6 % y posterior al tratamiento un 9,1 %. El diámetro medio de los vasos tratados fue de $7,82 \pm 1,66$ mm. Las lesiones se localizaron en el sector ilíaco (63,60 %) y femoropoplíteo (36,4 %). El 45,50 % eran lesiones oclusivas. La calcificación concéntrica se presentaba en un 72,70 %. La estenosis media fue del 90 % y la longitud de 40 ± 18 mm, pasando a una estenosis final del 16,36 %. El patrón Doppler preoperatorio fue mayorita-

riamente monofásico (90,90 %), con patrón posoperatorio trifásico en 81,80 %. Se aplicaron $5,18 \pm 2,32$ ciclos de LIV, con *stenting* en el 100 %. La permeabilidad a 6 meses fue del 90,90 %, con seguimiento medio de $13,18 \pm 6,6$ meses. Existe relación directamente proporcional entre el número de ciclos y la mejoría del grado de estenosis ($p = 0,048$). No existe relación significativa entre la localización anatómica y la carga cálcica con respecto a la reducción final de la estenosis.

Conclusiones: La LIV disminuye el grado de estenosis en pacientes con EAP en MMII, con la consecuente mejora clínica y hemodinámica a medio plazo. Esta implementación es directamente proporcional al número de ciclos, sin relación con el sector arterial afecto ni la carga cálcica.

CO 54. ESTUDIO DE COSTES DE LA REVASCULARIZACIÓN CAROTÍDEA EN NUESTRO CENTRO

Paula Moro Óliver, Adriana Baturone Blanco, Samuel Pérez Suárez, María Badell Fabelo, Estrella Blanco Cañibano, Mercedes Guerra Requena
Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara

Objetivos: El ictus es una de las principales causas de morbimortalidad, siendo la estenosis carotídea (EC) responsable del 8-37 %. El tratamiento quirúrgico de elección es la endarterectomía (EDAc), aunque los buenos resultados del tratamiento endovascular (TEVc) lo convierten en una alternativa cada vez más atractiva. El objetivo de este estudio es comparar los resultados de ambas técnicas y sus costes.

Material: Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico incluyendo pacientes intervenidos entre 2005 y 2025 mediante EDAc y TEVc por EC sintomática y asintomática.

Metodología: Se dividió la serie en: grupo-1 (EDAc) y grupo-2 (TEVc). Se analizaron datos demográficos, clínica, complicaciones intra y posoperatorias inmediatas (previas al alta), tiempo quirúrgico, estan-

cia hospitalaria, coste procedimiento y coste neto de hospitalización (suma del coste del procedimiento y de hospitalización).

Resultados: Se incluyeron 293 pacientes: 218 (74,4 %) grupo 1 y 75 (25,6 %) grupo 2. No hubo diferencias significativas respecto a demografía y comorbilidades, con edad media de la cohorte total de $70,5 \pm 8,7$ años. En el grupo 1, 51,4 % ($n = 112$) eran sintomáticos y 41,3 % ($n = 31$) en grupo 2. En general, hubo más complicaciones perioperatorias en el grupo-1 sin diferencias estadísticamente significativas. En el posoperatorio del grupo 1 hubo 0,5 % de ictus homolateral (1,3 % en el 2, $p = 0,4$), 2,3 % trombosis asintomáticas (0 en el 2, $p = 0,186$) y 3,2 % lesión de nervio periférico (0 en el 2, $p = 0,12$), siendo el hipogloso el más afectado. La única complicación con diferencias estadísticamente significativas entre ambos fue la insuficiencia cardíaca descompensada (grupo-1 0 % y grupo-2 4 %, $p = 0,003$). Se identificaron 10 (4,6 %) sangrados cervicales con necesidad de reintervención en el grupo-1 y 1 (1,3 %) pseudoaneurisma femoral en el grupo 2. No hubo diferencias significativas entre grupos en tiempo quirúrgico medio (112 ± 31 minutos, $p = 0,770$) ni estancia media ($3 \pm 6,4$ días, $p = 0,325$). Tanto el coste medio del procedimiento como el neto de hospitalización del grupo 1 fueron significativamente menores ($470,6 \pm 69,7$ respecto a $4121,9 \pm 98,4$ euros; $p < 0,05$ y $1257,2 \pm 487$ frente a $5590,3 \pm 1530$ euros; $p < 0,05$, respectivamente).

Conclusiones: La EDAC y el TEVc mostraron resultados clínicos similares sin diferencias significativas en tiempo quirúrgico ni estancia hospitalaria. Sin embargo, el TEVc asoció un gasto económico significativamente mayor a expensas del procedimiento por lo que deberían desarrollarse investigaciones futuras para intentar optimizar los costes de esta técnica.

CO 55. LA REESTENOSIS TRAS ENDARTERECTOMÍA CAROTÍDEA ES POCO FRECUENTE Y DE EVOLUCIÓN BENIGNA

June Fernández Fernández, Melina Vega de Céniga, María Gutierrez Fernández de Velasco, Guillem Furtet Rodrigo, Roberto Ney Díaz
Osakidetza. Galdakao, Bizkaia

Objetivos: Se han publicado tasas de reestenosis severa tras endarterectomía carotídea (EDAC) de 2-8 % y riesgo de ictus ipsilateral de 5,2 %. Analizamos la incidencia de reestenosis carotídea en nuestra cohorte, comparándola con nuestros propios resultados históricos.

Material: Cohorte prospectiva unicéntrica de pacientes consecutivos tratados mediante EDAC.

Metodología: Se realizó un análisis retrospectivo de la cohorte, seleccionando los pacientes intervenidos entre el 1/1/2018 y el 31/12/2024. Se registraron datos: demográficos (edad sexo), factores de riesgo cardiovascular, comorbilidad (cardíaca, respiratoria, renal), sintomatología, y detalles quirúrgicos (parche, puntos de Kunlin, anestesia). Las variables resultado fueron: reestenosis moderada (50-69 %) (REM), severa ≥ 70 % (RES) y oclusión a los 12 y 24 meses, según criterios ecográficos, y sintomatología asociada. Se utilizó estadística descriptiva y test de χ^2 , y se compararon los resultados con nuestra cohorte histórica (CH) de 2006-2011.

Resultados: Se incluyeron 173 pacientes: 121 (69,9 %) hombres, con edad media de 72 años (rango 47-92), 128 fumadores (74 %), 71 (41 %) diabéticos, 66 (38,2 %) cardiopatas, 95 (54,9 %) neurológicamente sintomáticos. La CH incluía 186 pacientes, 77 (41,4 %) sintomáticos. Se realizó EDAC con parche (pericardio bovino) en 99 pacientes (57,2 %) y EDAC por eversión en 50 (28,9 %), utilizando puntos de Kunlin en 59 pacientes (34,1 %) y anestesia loco-regional en 157 (90,8 %). La CH incluía 167 (89,8 %) cierres directos y puntos de Kunlin en 61 pacientes (31,8 %). Las incidencias de REM y RES a los 12 meses fueron 5,8 % ($n = 10$) y 2,3 % ($n = 4$), y a los 24 meses 5,2 % ($n = 9$) y 0,6 % ($n = 1$), respectivamente. No hubo ninguna oclusión ni sintomatología asociada durante el seguimiento. Todas las reestenosis se trataron de forma conservadora. Las tasas de REM y RES a los 12 meses en la CH fueron 10,8 % ($n = 20$) y 6,5 % ($n = 12$), y a los 24 meses 7,5 % ($n = 14$) y 4,8 % ($n = 9$), respectivamente. En la CH el uso puntos de Kunlin aumentó el riesgo de desarrollar RES, pero no se encontró asociación significativa en la cohorte actual ($p = 0,93$).

Conclusiones: El cambio en nuestra práctica clínica de cierre directo predominante a EDAC con parche ha reducido las tasas de reestenosis carotídea, que es poco frecuente y cuya evolución clínica es benigna.

CO 62. COMPARACIÓN DE RESULTADOS A CORTO Y LARGO PLAZO DE LOS PARCHES DE PERICARDIO FRENTE A DACRÓN EN EL TRATAMIENTO DEL TRÍPODE FEMORAL

Mariona Mas Padilla, Laia Sánchez García, Olga Peypoch Pérez, Jana Rejat Marmaneu, Robert Tejedor Millos, Jaume Dilmé Muñoz
Hospital de la Santa Creu i de Sant Pau. Barcelona

Objetivos: Comparar resultados clínicos perioperatorios y a largo plazo del cierre con parche de pericardio bovino (PP) frente a dacrón (PD) tras tratamiento del trípoде femoral.

Material: Extremidades intervenidas en un centro terciario (entre enero de 2014 y diciembre de 2021) de tratamiento femoral con cierre mediante parche protésico (PP/PD) con seguimiento ≥ 1 mes.

Metodología: Estudio de cohortes retrospectivo. Variables principales: permeabilidad primaria, infección inguinal de herida quirúrgica (criterios CDC), mortalidad (1 mes, 1 y 5 años) y salvamento de extremidad (amputación mayor). Unidad de análisis: extremidades. Se aplicaron pruebas paramétricas/no paramétricas según distribución para comparar entre grupos ($p < 0,05$). Se realizaron análisis tiempo-evento mediante Kaplan-Meier y regresión de Cox, expresado como HR (IC 95 %).

Resultados: Se incluyeron 158 extremidades de 142 pacientes: 91 (57,6 %) PP y 67 (42,4 %) PD, sin diferencias clínicas basales entre grupos. Seguimiento mediano: 42 meses (RIC = 11,5-56,5) en PP y 31 meses (RIC = 11,5-66,0) en PD. La permeabilidad primaria fue similar (PP 84,6 % [$n = 77$] frente a PD 88,1 % [$n = 59$]; $p = 0,53$) y sin diferencias en tiempo-evento (HR = 0,86 [0,36-2,06]; $p = 0,74$). La infección inguinal fue más frecuente con PD (26,9 % [$n = 18$] frente

al 12,1 % [$n = 11$]; $p = 0,018$), con tendencia a mayor riesgo en el análisis tiempo-evento (HR = 2,11 [0,98-4,55]; $p = 0,057$). Se registró 1 infección de parche en PP en forma de pseudoaneurisma micótico que fue tratada de forma paliativa con *stent* cubierto. Se registró 1 sangrado en el posoperatorio inmediato en PD que requirió revisión quirúrgica. La mortalidad a 30 días fue 0 % en PP y 1,5 % ($n = 1$) en PD, $p = 0,24$; a 1 año, 9,9 % ($n = 9$) frente a 11,9 % ($n = 8$), $p = 0,68$; y a 5 años, 40,7 % ($n = 37$) frente al 46,3 % ($n = 31$), $p = 0,48$; respectivamente. La supervivencia global fue comparable (*log-rank*, $p = 0,85$; HR = 1,04 [0,67-1,62]; $p = 0,856$). La tasa de amputación mayor fue 6,7 % ($n = 6$) en PP frente al 9,0 % ($n = 6$) en PD, $p = 0,60$, sin diferencias en el análisis tiempo-evento (HR = 1,85 [0,50-6,87]; $p = 0,35$).

Conclusiones:

1. PP y PD ofrecen permeabilidad, supervivencia y salvamento de extremidad comparables.
2. PD se asoció a mayor infección inguinal, sin aumento de infección del parche.
3. El PP se perfila como una opción segura en la reconstrucción femoral.

CO 112. YATROGENIAS VASCULARES EN UN HOSPITAL TERCIARIO: APAGANDO FUEGOS

Paula Benavides dos Santos, Alexandra Gabriela Ragalie, Ana Belloso Villanueva, Aniol Solés Gimbernat, Patricia Rodríguez Cabeza, Omar Aitor Andrés Navarro
Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta. Girona

Introducción y objetivos: Las yatrogenias vasculares constituyen una causa frecuente de intervención. Su manejo es crucial, especialmente hoy en día con la creciente era de procedimientos percutáneos realizados por parte de otros servicios hospitalarios. El objetivo de este estudio es describir las principales yatrogenias vasculares de nuestro centro atendidas por el servicio de cirugía vascular durante 15 meses.

Material: Se recolectó información de los pacientes intervenidos por yatrogenia vascular entre el 13 de noviembre de 2024 y el 6 de febrero de 2026. Se realizó una revisión retrospectiva de datos recolectados prospectivamente. El material de estudio se obtuvo a partir de una base de datos registrada por nuestro servicio.

Metodología: Se registró información sobre el servicio solicitante, la lesión vascular y causa de la misma, el territorio vascular afectado, la prioridad de tratamiento y el tratamiento realizado. Las variables se analizaron mediante SSPS.

Resultados: Se registraron 49 pacientes en total. Los servicios más solicitantes fueron cardiología (46,9 %), traumatología (12,2 %), neurointervencionismo (10,2 %) y cirugía general (6,1 %). Los motivos de consulta más frecuentes fueron sangrado (36,7 %), pseudoaneurisma (30,6 %), hematoma (12,2 %) e isquemia aguda (12,2 %). El 89,8 % fue yatrogenia arterial; el 8,2 %, venosa y el 2 %, mixta. Como sector más afectado destaca el femoral (61,2 %), seguido del ilíaco y el radial (8,2 % ambos). Se requirió de intervención inmediata en el 44,9 % de casos y el resto se intervino de manera diferida. Se realizó tratamiento quirúrgico en el 71,3 % de los pacientes (80 % abierto y 20 % endovascular), inyección de trombina en el 10,2 % y el resto se trataron de manera conservadora con compresión. El acceso vascular como causa representó el 73,5 % de los casos. El 13,9 % se relacionó con la extracción/implante de dispositivos de soporte cardíaco y el resto con complicaciones de vías periféricas. No se obtuvo mortalidad hospitalaria en ningún caso.

Conclusiones: Las yatrogenias vasculares son frecuentes y representan complicaciones significativas, se deben identificar de manera precoz dado que suelen requerir de manejo intraoperatorio e inmediato para evitar consecuencias fatales. Cabe destacar que las relacionadas con el acceso vascular podrían ser potencialmente prevenibles, lo cual destaca la importancia de reforzar estrategias preventivas para disminuir su número.

CO 173. INFLUENCIA DE LA TORTUOSIDAD ILÍACA EN LAS COMPLICACIONES TRAS REPARACIÓN ENDOVASCULAR DE ANEURISMAS DE AORTA ABDOMINAL: ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO EN UN ÚNICO CENTRO

Ángel Galindo Cordero, Lia Postius Echeverri, María José Paredes Ruiz, Ferrán Plá Sánchez, Efrén Martel Almeida, Guido Volo Pérez
*Hospital Universitario de Gran Canaria
Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria*

Objetivos: Evaluar la relación entre la tortuosidad ilíaca, cuantificada mediante un índice específico, y la aparición de complicaciones en pacientes sometidos a reparación endovascular de aneurismas de aorta abdominal (EVAR) en un único centro.

Material: Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes intervenidos mediante EVAR entre 2016 y 2020 con tomografía computarizada preoperatoria válida para la medición de tortuosidad ilíaca. Se incluyeron 98 pacientes consecutivos, con una edad media de 75 años (rango 62-94).

Metodología: La tortuosidad ilíaca se definió como la relación entre la longitud real del eje ilíaco y la distancia recta entre sus puntos proximal y distal, calculando un índice para cada lado. Para cada paciente se obtuvo un índice máximo (TI_max) y se dicotomizó la cohorte en dos grupos: $TI_max \leq 1,5$ y $TI_max > 1,5$. Se registraron las complicaciones relacionadas con el procedimiento (endofugas de tipo I-II, trombosis de rama ilíaca, necesidad de reintervención), tanto en el posoperatorio temprano como durante el seguimiento. La asociación entre TI_max dicotomizado y la presencia de complicaciones se analizó mediante la prueba de χ^2 , considerando significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: De los 98 pacientes, 80 (81,6 %) presentaron $TI_max \leq 1,5$ y 18 (18,4 %) $TI_max > 1,5$. Se observaron 17 pacientes (17,3 %) con alguna complicación relacionada con el EVAR. En el grupo $TI_max \leq 1,5$, 13/80 pacientes (16,3 %) presentaron complicaciones, frente a 4/18 (22,2 %) en el grupo $TI_max > 1,5$. La diferencia no alcanzó significación

estadística ($p = 0,79$), por lo que en esta serie no se demostró una asociación clara entre mayor tortuosidad ilíaca ($TI_{max} > 1,5$) y un incremento del riesgo de complicaciones.

Conclusiones: En esta cohorte retrospectiva de 98 EVAR, la tortuosidad ilíaca definida por un índice máximo $> 1,5$ no se asoció de forma significativa con una mayor tasa de complicaciones. Aunque se aprecia una ligera tendencia a más eventos en los pacientes con tortuosidad más marcada, el número limitado de casos y de eventos reduce la potencia del análisis. Este trabajo aporta un método de medición reproducible y una primera aproximación al impacto de la tortuosidad ilíaca en el EVAR, y subraya la necesidad de estudios multicéntricos con mayor tamaño muestral y seguimiento prolongado.

CO 192. ANÁLISIS DEL VOLUMEN DEL SACO ANEURISMÁTICO EN EL SEGUIMIENTO DEL EVAR

Íñigo Calvo Larraz, Miguel Muela Méndez, Paula Moro Óliver, María Isabel Badell Fabelo, Julio Reina Barrera, Mercedes Guerra Requena
Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara

Objetivos: La vigilancia del diámetro del saco es fundamental tras la reparación endovascular (EVAR) de un aneurisma de aorta abdominal (AAA). Algunos estudios sugieren que el volumen es más sensible para detectar cambios en el mismo. El objetivo de este estudio es analizar la utilidad de la medición del volumen en comparación con el diámetro y correlacionarlo con la presencia de endofuga.

Material: Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico. Se incluyeron 95 pacientes intervenidos mediante EVAR por AAA, entre 2008 y 2023. Durante el seguimiento, 20 pacientes presentaron endofuga de tipo II (grupo I), y 75 no (grupo II).

Metodología: 379TAC (preoperatorio y seguimiento) analizados, obteniendo medidas de volumen y diámetro máximo del saco aórtico, utilizando el *software*

3DSlicer, segmentando la aorta y saco aneurismático, desde nivel infrarrenal hasta bifurcaciones ilíacas. Análisis y comparación de grupos con SPSS.

Resultados: Edad media: 76,12 años (46-90), varones: 86 %. Diámetro y volumen preoperatorio medio: grupo I: 58,58 mm ($\pm 10,51$) y 198,98 cm³ ($\pm 94,29$); grupo II: 56,62 mm ($\pm 10,40$) y 173,41 cm³ ($\pm 108,56$). Último seguimiento: grupo I: 57,42 mm ($\pm 12,80$) y 208,59 cm³ ($\pm 109,33$); grupo II: 50,80 mm ($\pm 16,55$) y 151,47 cm³ ($\pm 106,32$). Analizando las diferencias de volumen y diámetro entre controles sucesivos, la medición del volumen encontró un aumento del mismo en 13 pacientes y disminución en 34, de todos los pacientes que no tuvieron diferencias en diámetro (15,9 y 41,5 %, respectivamente, $p < 0,001$). Tanto en el grupo I como en el II las diferencias fueron significativas. Coeficiente kappa: 0,27. Solo se obtuvieron diferencias significativas en ambos grupos en el intervalo de un año a dos años (grupo I: 0,82 mm [$\pm 3,48$] de crecimiento diametral y 6,84 cm³ [$\pm 13,20$] volumétrico; grupo II: -4,51 mm [$\pm 3,77$] de decrecimiento diametral y -12,77 cm³ [$\pm 13,06$] volumétrico, $p < 0,05$). En el seguimiento total, la diferencia de diámetros no es significativa entre ambos grupos, pero sí el volumen (+0,96 $\pm 31,86$ cm³ grupo I, -28,52 $\pm 41,79$ cm³, grupo II, $p = 0,002$).

Conclusiones: En nuestra serie la medición del volumen es más sensible para detectar cambios en el saco aórtico tras EVAR. El crecimiento tanto de diámetro y volumen entre controles se asocia a la presencia de endofuga a partir del año, con aparente ventaja del volumen entre controles muy distanciados.

CO 204. INFECCIÓN PROTÉSICA VASCULAR EXPLANTADA EN MIEMBROS INFERIORES: ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE INFECCIÓN PRECOZ Y TARDÍA EN NUESTRO CENTRO

Beatriz Rodríguez González, Marina Agudo Montore, Andrés Mateo Vintimilla Izquierdo, José Damián Herrera Mingorance, José María Moreno Escobar
Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada

Objetivos: Analizar los factores clínicos, microbiológicos y quirúrgicos asociados a la infección protésica vascular explantada en patología arterial de miembros inferiores, así como evaluar las diferencias entre infecciones precoces y tardías en un único centro.

Material: Pacientes diagnosticados de infección protésica vascular en miembros inferiores según criterios MAGIC que requirieron explante quirúrgico entre 2019 y 2025.

Metodología: Estudio observacional retrospectivo mediante revisión de historias clínicas y registros quirúrgicos. Se recogieron variables demográficas, clínicas, microbiológicas y quirúrgicas. Las infecciones precoces se definieron como aquellas diagnosticadas antes de cuatro meses de la implantación protésica y las tardías como las diagnosticadas desde ese momento. Se realizó análisis descriptivo y bivariante entre grupos, curvas de supervivencia mediante Kaplan-Meier y estimación del riesgo de mortalidad con regresión de Cox. El análisis estadístico se efectuó con el *software* SPSS.

Resultados: Se incluyeron 28 pacientes sometidos a explante protésico: 89,3 % hombres ($n = 25$), con una edad media de $69,4 \pm 8,5$ años. El 69,7 % eran diabéticos, el 57,1 % exfumadores, el 17,9 % presentaban enfermedad renal crónica y el 53,6 % hipoproteïnemia (proteínas totales $\leq 6,5$ g/dL). La indicación del injerto fue isquemia crónica en el 85,7 % de los casos ($n = 24$), isquemia aguda en el 10,7 % ($n = 3$) y patología aneurismática en el 3,6 % ($n = 1$). El material protésico más frecuentemente afectado fue PTFE (75 %). Las infecciones precoces representaron el 53,6 % ($n = 15$) y se asociaron a mayor estancia hospitalaria durante el ingreso del explante en comparación con las infecciones tardías ($26,8 \pm 16,9$ frente a $15,7 \pm 8,7$ días; $p = 0,043$). En infecciones precoces predominaron microorganismos gramnegativos (69,2 %), especialmente *Pseudomonas aeruginosa*, mientras que en las tardías predominaron grampositivos (53,3 %), principalmente *Staphylococcus epidermidis*. Las infecciones tardías se asociaron a mayor supervivencia durante el seguimiento (HR: 0,14; IC 95 %, 0,03-0,67; $p = 0,014$), con diferencias significativas en Kaplan-Meier ($\log\text{-rank}$, $\chi^2 = 7,99$;

$p = 0,005$). La amputación mayor fue más frecuente en infecciones precoces (60 % frente al 15,4 %; $p = 0,016$).

Conclusiones: La infección protésica vascular en miembros inferiores se asocia a elevada morbimortalidad. Las infecciones precoces presentan mayor mortalidad y riesgo de amputación mayor, así como un perfil microbiológico potencialmente más virulento, lo que podría tener implicaciones diagnósticas, quirúrgicas y terapéuticas.

CO 216. IMPACTO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL EN LA ISQUEMIA CRÍTICA DE MIEMBROS INFERIORES

Francina Rocamora Horrach, Ainhoa Figuérez Marcos, Agustín Mínguez Bautista, Roger Puigmacià Minguell, Krystell Daniela Escoto Theodoracopoulos, Pascual Lozano Vilardell
Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca

Objetivos: Describir la presentación clínica y anatómica, la estrategia terapéutica inicial y los desenlaces (supervivencia y preservación de extremidad), así como identificar predictores de mortalidad y amputación mayor en pacientes con isquemia crítica de miembros inferiores (CLTI) y enfermedad renal crónica (ERC) terminal.

Material: Pacientes con isquemia crítica asociado a ERC terminal entre enero de 2019 y septiembre de 2025.

Metodología: Estudio observacional retrospectivo unicéntrico. Se registran variables demográficas y clínicas, estadificación Rutherford, escalas Wifl y GLASS, diagnóstico, tratamiento inicial y eventos intrahospitalarios y al año. Análisis con tablas de supervivencia de Kaplan-Meier y regresión logística para identificar predictores independientes de mortalidad y amputación mayor.

Resultados: 92 pacientes (125 extremidades) con una media de edad 71,6 años (84 % varones). Según comorbilidades: 96,8 %, hipertensión arterial; 91,2 %, diabetes; 75,2 %, cardiopatía isquémica; 74,4 %, dislipemia; 44 %, enfermedades pulmonares; 15,2 %, fumador. El estadio Rutherford presentó la siguiente distribución: 4 (8,8 %), 5 (60,0 %), 6 (31,2 %) y la mayoría presentaban estadio Wifl 4 (40,8 %). La prueba diagnóstica más utilizada fue la arteriografía (53,8 %), seguida del angio TAC (12,0 %) y la ecografía (6,4 %); en el 28,8 % no se realizó estudio de imagen. En el 52 % se realizó revascularización primaria (endovascular 40 % y cirugía abierta 12 %), 20 % recibió amputación mayor primaria y 8 % precisó de amputación menor. En 25 pacientes (20 %) se ofreció tratamiento médico conservador. La tasa de supervivencia al mes, 12 y 36 meses fue del 87 %, 57,8 %, 35,9 %, respectivamente. La tasa libre de amputación global fue similar: 79,7 %, 73,9 %, 72,2 %, respectivamente. La infección de las lesiones tróficas y cada incremento en el estadio GLASS se asociaron independientemente con un mayor riesgo de amputación mayor (OR: 2,32; IC 95 %, 1,01-5,31; $p = 0,047$ y OR: 1,98 por estadio; IC 95 %, 1,28-3,06; $p = 0,002$). La estadificación Rutherford se asoció de forma independiente con la mortalidad (OR: 4,66; IC 95 %, 1,40-15,45; $p = 0,012$).

Conclusiones: Los pacientes con CLTI y ERC terminal presentan un pronóstico desfavorable con alta comorbilidad y estadios avanzados al diagnóstico. La infección de las lesiones tróficas y la complejidad anatómica (GLASS) se asocian con amputación mayor, mientras que la gravedad clínica (Rutherford) es predictor independiente de mortalidad, lo que refuerza la necesidad de un abordaje precoz e individualizado.

CO 238. VALORES PREDICTIVOS DE SUPERVIVENCIA Y AMPUTACIÓN EN LA ISQUEMIA AGUDA: EL ÍNDICE NEUTRÓFILO-LINFOCITO Y PLAQUETA-LINFOCITO

Pedro Julián García Garrido, Ana Isabel Guillén Cascales, Celia Rioja Olmedo, Manuel Guillén Fernández, Rodrigo Eduardo Yoldi Bocanegra
Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería

Introducción y objetivos: Los índices de neutrófilos/linfocitos (NLR) y plaquetas/linfocitos (PLR) son un marcador de inflamación sistémica, de fácil obtención y bajo coste; utilizado como valor pronóstico en múltiples patologías. Hay pocos estudios acerca de su valor en la isquemia aguda. El objetivo del presente estudio es evaluar la relación de estos dos índices con la isquemia aguda, planteando como hipótesis que su elevación se asocia con mayores tasas de amputación y mortalidad.

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

Resultados: Se obtuvieron un total de 47 pacientes. Se analizaron los pacientes en dos grupos: amputados durante el ingreso (11) y no amputados (36); siendo estadísticamente comparables. Como único punto de diferencia se encontró el uso previo de estatinas, siendo mayor en los no amputados. En relación con los biomarcadores, se obtuvieron diferencias significativas en las cifras de leucocitos y neutrófilos, así como, en los índices NLR y PLR. Se observó la relación entre dichos índices y los principales desenlaces (amputación y mortalidad). Para la amputación el punto de corte de la curva ROC para el NLR fue 5 y el de PLR 267. Solamente el índice de NLR presentó una relación estadísticamente significativa con el tiempo libre de amputación. En cuanto a la mortalidad, la curva ROC no fue significativa para el índice de PLR. Con respecto al NLR, el punto de corte se estableció en 4,9, siendo su curva de supervivencia estadísticamente significativo.

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

CO 182. ¿TIEMPO ES INTESTINO? ¿PODEMOS LLEGAR ANTES EN LA ISQUEMIA MESENTÉRICA AGUDA? ANÁLISIS DEL FLUJO ASISTENCIAL EN LA ISQUEMIA MESENTÉRICA AGUDA: SERIE DE CASOS DE 2020 A 2025

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

Objetivos: Analizar la asociación entre los tiempos asistenciales y factores de riesgo vasculares (FRV), con la extensión de la resección intestinal y la mortalidad hospitalaria en pacientes con isquemia mesentérica aguda (IMA). Estimar si el retraso diagnóstico o los FRV como aproximación del estado vascular basal condicionan el pronóstico.

Material: Se incluyeron 21 pacientes con diagnóstico clínico radiológico de IMA, intervenidos mediante cirugía abierta entre 2020 y 2025 en un hospital terciario. Se recogieron variables demográficas, FRV, tiempos asistenciales: inicio de síntomas hasta angio TC (T1), llegada a urgencias hasta angio TC (T2) e inicio de síntomas hasta tratamiento (Ttotal); así como manejo quirúrgico vascular e intestinal y mortalidad a 30 días.

Metodología: Estudio observacional retrospectivo de serie de casos con análisis descriptivo (medianas, rango intercuartílico) y comparaciones no paramétricas. Se utilizó regresión logística binaria exploratoria para asociar tiempos asistenciales y grado de resección. La mortalidad precoz se definió como mortalidad a 30 días. Por el pequeño tamaño muestral, el análisis se consideró exploratorio y generador de hipótesis, sin inferencias.

Resultados: La edad mediana fue 79 años y el 57 % fueron varones. T1, T2 y Ttotal medianos fueron 11,5 h, 5,1 h y 18,3 h, respectivamente. Los tiempos asistenciales no mostraron asociación significativa con la longitud de resección ni mortalidad. Se observó una tendencia a menor T2 en pacientes resecables (3,5 h) frente a irresecables (7 h), sin al-

canzar significación estadística. El modelo logístico no evidenció asociación independiente entre T2 e irresecabilidad (OR 1,00 por hora; IC 95 %, 0,86-1,17; $p = 0,96$). La irresecabilidad se asoció fuertemente con mortalidad ($p = 0,0005$) y mayor prevalencia de FRV ($p = 0,041$). La mortalidad precoz fue del 66,7 %. El tiempo asistencial no mostró asociación con mortalidad precoz (Ttotal mediana de 24 h en supervivientes frente al 17,4 h en fallecidos; $p = 0,85$). No se observaron diferencias significativas de mortalidad según sexo ni edad.

Conclusiones: Los tiempos de diagnóstico de la IMA siguen siendo largos, es preciso mejorar y acortar dichos tiempos. La presencia de FRV debe aumentar la sospecha clínica de IMA y sugiere un peor pronóstico a 30 días. La no viabilidad intestinal se asocia con mayor mortalidad.

CO 2. MORTALIDAD EN EL ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL ROTO: PREDICTORES CLÍNICOS Y MODELOS DE APRENDIZAJE AUTOMÁTICO EN UNA COHORTE DE 15 AÑOS

Marina Jiménez Caja, Clara de la Torre Casaseca, Sandra Pérez Fernández, Joan Roedan Oliver, Sergio Asensio Rodríguez, Lourdes del Río Solá
Hospital Clínico Universitario de Valladolid.
Valladolid

Introducción y objetivos: El aneurisma de aorta abdominal roto (AAAr) es una de las emergencias vasculares con mayor mortalidad. La estratificación precoz del riesgo es fundamental para apoyar la toma de decisiones clínicas. El objetivo de este estudio fue identificar los predictores de mortalidad hospitalaria en pacientes con aneurisma de aorta abdominal roto durante un periodo de 15 años y evaluar el rendimiento de modelos de aprendizaje automático basados en variables preoperatorias.

Material: Se desarrolló una red neuronal tipo perceptrón multicapa utilizando variables preoperatorias. El rendimiento del modelo se evaluó mediante área bajo la curva ROC.

Metodología: Se realizó un estudio observacional retrospectivo que incluyó a pacientes consecutivos ingresados por AAAr (2010-2024) en un hospital terciario. La mortalidad hospitalaria fue la variable principal de resultado. Se realizó un análisis multivariable mediante regresión logística para identificar predictores independientes de mortalidad.

Resultados: Se incluyeron 334 pacientes con AAAr, con una mortalidad hospitalaria del 66 %. La edad se asoció de forma independiente con mayor mortalidad (OR 1,07 por año; IC 95 %, 1,04-1,10; $p < 0,001$), al igual que la presencia de *shock* hipovolémico al ingreso (OR 3,07; IC 95 %, 1,46-6,44; $p = 0,003$). Por el contrario, valores más elevados de presión arterial sistólica y hemoglobina se asociaron con una mayor supervivencia. La red neuronal mostró un AUC de 0,89, una exactitud del 80,4 %, una sensibilidad del 88,4 % y una especificidad del 65,8 %. Las variables con mayor peso predictivo fueron la presión arterial sistólica, hemoglobina y el diámetro del aneurisma.

Conclusiones: La mortalidad hospitalaria tras el AAAr está determinada por la edad y el estado hemodinámico al ingreso. La identificación precoz de pacientes en *shock* hipovolémico y con parámetros analíticos desfavorables permite reconocer tempranamente a aquellos con peor pronóstico. En este contexto, los modelos predictivos muestran una elevada capacidad de discriminación y pueden apoyar la toma de decisiones clínicas iniciales.

CO 34. ¿LOS NIVELES DE LDL INFLUYEN EN LA EVOLUCIÓN DEL SACO ANEURISMÁTICO TRAS EVAR?

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

Objetivos: Analizar la asociación entre el perfil lipídico, especialmente colesterol LDL, y el comportamiento del saco aneurismático al año tras EVAR.

Material: La evolución del saco aneurismático tras reparación endovascular del aneurisma de aorta abdominal (EVAR) constituye un marcador clave de durabilidad. Aunque los factores anatómicos y técnicos han sido ampliamente estudiados, el papel de los factores biológicos en la remodelación permanece menos definido. Planteamos la siguiente hipótesis: el perfil lipídico, en particular, el LDL, podría influir en la remodelación aneurismática tras EVAR.

Metodología: Estudio observacional retrospectivo incluyendo todos los EVAR electivos, dentro de instrucciones de uso (IFU), intervenidos de forma consecutiva por aneurisma de aorta abdominal infrarrenal entre enero de 2018 y junio de 2024 en nuestro centro. Se excluyeron procedimientos no estándar, casos con datos incompletos y aquellos sin seguimiento radiológico o analítico al año.

Resultados: De un total de 165 pacientes recogidos, analizamos 95 que cumplieron todos los criterios de inclusión. La edad media fue $75,9 \pm 7,8$ años y el 96,8 % eran varones. El diámetro aneurismático basal medio fue de $58,9 \pm 12,4$ mm. Al año, el 97,9 % recibía tratamiento con estatinas, predominando las de alta intensidad (71,6 %). La reducción media de LDL, fue de $8,5 \pm 29,8$ mg/dL. Respecto al aneurisma, el cambio medio del diámetro del saco fue de $-4,22 \pm 7,28$ mm; el 43,2 % presentó regresión ≥ 5 mm, el 49,5 % estabilidad y el 7,4 % crecimiento ≥ 5 mm. No se observaron diferencias significativas en los niveles de LDL ($p = 0,64$) al año ni en su reducción ($p = 0,88$) según el comportamiento del saco aneurismático. Tampoco hubo asociación entre alcanzar objetivos de LDL < 70 mg/dL y la evolución del saco. Se realizó un análisis por subgrupos comparando el grupo de regresión del saco ≥ 5 mm frente al resto (estabilidad + crecimiento) y tampoco se observaron diferencias significativas en los niveles de colesterol LDL al año ($p = 0,50$) ni en la reducción del LDL durante el seguimiento ($p = 0,77$) según el comportamiento del saco.

Conclusiones: En nuestra cohorte, no se identificó asociación entre el control del colesterol LDL y el comportamiento del saco aneurismático al año de seguimiento.

CO 49. ACCESO VASCULAR EN EL PACIENTE OCTOGENARIO: CUESTIONANDO EL DOGMA DE LA FÍSTULA PRIMARIA

Paula Herrera Varas, Laura Pastor Alconchel, Ana Torada Aguilera, Xavier Admetller Castiglione, Bárbara Bodega Martínez, Salvador Martínez Meléndez
Hospital General Universitario de Castellón. Castelló de la Plana

Objetivos: *Objetivo primario:* comparar complicaciones infecciosas y no infecciosas (trombosis, hemorragia, hematoma, síndrome de robo y sangrado) entre grupos. *Objetivo secundario:* análisis de la supervivencia entre grupos.

Material: Pacientes ≥ 80 años que inician hemodiálisis en nuestra provincia (2020-2025).

Metodología: Estudio de cohortes, observacional y retrospectivo. Estratificación en tres grupos según su inicio en diálisis: grupo 1 (catéter venoso), grupo 2 (fístula primaria) y grupo 3 (catéter venoso con posterior fístula). Análisis estadístico de las variables a estudio.

Resultados: 138 pacientes fueron incluidos, 61 (44,2 %) pertenecían al grupo 1, 49 (35,5 %) al grupo 2 y 28 (20,28 %) al grupo 3. Edad media de 83,5 años; 67,4 %, varones; 92,8 %, hipertensos; 68,8 %, dislipémicos; 42 %, fumadores, sin mostrar diferencias estadísticas entre los grupos a estudio. El seguimiento medio de 25,4 meses. La supervivencia libre de complicaciones infecciosas a los 12, 36 y 60 meses fue del 87,3 %, 77,4 % y 77,4 %, respectivamente, en el grupo 1; 97,6 %, 86,3 % y 86,3 % en grupo 2; 100 %, 83,9 % y 83,9 % en el grupo 3 ($p = 0,38$). La supervivencia libre de complicaciones no infecciosas a los 12, 36 y 60 meses fue del 92,2 %, 78,8 % y 65,6 %, respectivamente, en el grupo 1; 78,2 %, 35,2 % y 19,5 % en grupo 2; 81,3 %, 56,1 % y 33,7 % en el grupo 3 ($p = 0,023$). La supervivencia global según el grupo estudio a los 12, 36 y 60 meses fue del 78,7 %, 53,5 % y 14,6 %, respectivamente, en el grupo 1; 85,4 %, 57,6 % y 0 % en grupo 2; 85,6 %, 72,9 % y 43,8 % en el grupo 3 ($p = 0,089$).

En el análisis multivariante, dializarse a través de una fístula se asoció como factor de riesgo independiente de complicaciones no infecciosas, en el grupo 1 con OR 6,02 (IC 95 %, 2,4-14,9; $p < 0,001$) y en el grupo 2 con OR 4,5 (IC 95 %, 1,6-12,3; $p = 0,04$).

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren un enfoque individualizado en la elección del acceso vascular del paciente añoso al inicio de la hemodiálisis, considerando la mayor tasa de complicaciones en los pacientes con fístula arteriovenosa y su esperanza de vida limitada, priorizando la seguridad y calidad de vida.

CO 69. RESULTADOS A CORTO PLAZO DEL TRATAMIENTO CON LITOTRICIA INTRAVASCULAR EN EL SECTOR FEMOROPOPLÍTEO EN PACIENTES DE ALTA COMPLEJIDAD CON ISQUEMIA CRÍTICA

Francisco Javier Martínez Montoya, Paloma Alonso Diego, Fernando Vaquero Lorenzo, Amer Zanabili Al-Sibbai, Francisco Álvarez Marcos, Manuel Alonso Pérez
Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Objetivos: Describir los resultados a corto plazo del tratamiento con litotricia intravascular (LIV, Shockwave IVL, Johnson&Johnson MedTech, Santa Clara, CA, EE. UU.) sobre el sector femoropoplíteo en pacientes con isquemia crónica que amenaza extremidad (CLTI), e identificar predictores de reintervención y amputación mayor.

Material: Revisión de base de datos mantenida de forma prospectiva (2025).

Metodología: Análisis de comorbilidades, características de la lesión, éxito técnico, complicaciones, reintervenciones, pérdida de extremidad y mortalidad. Análisis descriptivo e inferencial, curvas COR y modelo de supervivencia de Kaplan-Meier.

Resultados: Se trataron 42 pacientes consecutivos (edad media de $77,5 \pm 8$ años, 57,1 % varones), con elevado perfil de comorbilidad (88,1 % ASA ≥ 3 ,

76,2 % diabéticos, 59,5 % fumadores, 33,3 % cardiopatía isquémica, 40,5 % antecedentes de insuficiencia cardíaca, 76,2 % insuficiencia renal crónica). La presentación clínica fue grado 4 de Fontaine en un 92,9 % de casos (59,2 % Rutherford 6). Un 69,0 % presentó un ITB no compresible, con una longitud de lesión media de 164mm (31,0 % oclusión completa), un *score* de calcio PACCS ≥ 4 en el 90,5 % de los casos y afectación multisector en el 97,6 %. Se realizó recanalización intraluminal en todos los casos, con acceso contralateral en un 54,8 % y humeral en el 9,5 %, asociando angioplastia simple (73,8 %), con balón liberador de fármacos (19,0 %) o *stenting* (14,3 %, 67 % Supera). Éxito técnico del 100 %, asociando en 21 casos angioplastia distal y en 7 tratamiento endovascular del eje ilíaco, y en un 47,6 % de casos amputación menor. Complicaciones menores en cuatro casos (9,5 %), con mortalidad 30 días del 4,8 %. Tras una mediana de seguimiento de cuatro meses, un 9,5 % de los pacientes experimentó un resultado combinado de revascularización de lesión diana (TLR) o amputación mayor ($n = 4$). El único predictor identificable para dicho resultado fue una estancia superior a 5,5 días (área bajo la curva COR 0,773, *log-rank* $p = 0,015$).

Conclusiones: El tratamiento del sector femoropoplíteo con LIV en paciente de alta complejidad y con CLTI es potencialmente seguro, efectivo y con una baja necesidad de *stent* asociada pese a la calcificación de las lesiones. Es necesario evaluar su desempeño a largo plazo en términos de permeabilidad, salvamento de extremidad y reintervenciones.

CO 199. SÍNDROME DE ESTRECHO TORÁCICO: EXPERIENCIA Y RESULTADOS

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

Objetivos: El síndrome de estrecho torácico superior (SET) constituye una patología poco frecuente

que afecta mayoritariamente a mujeres jóvenes y es causado por movimientos repetitivos, defectos anatómicos o traumatismos. El objetivo de este estudio es evaluar los resultados a lo largo de 10 años en nuestro centro y la vía de abordaje que implica menor tiempo quirúrgico.

Material: Se recogieron los datos demográficos de pacientes que presentaban una trombosis venosa profunda de miembros superiores o clínica compatible con SET a los cuales se les realizó una resección de primera costilla entre 2015-2025 en nuestro centro. Se incluyeron la extremidad afectada, la vía de abordaje, el tiempo quirúrgico, las complicaciones intraoperatorias y a 30 días y la recurrencia en el seguimiento.

Metodología: En todas las cirugías se realizó una resección de la primera costilla además de desinserción del escaleno anterior del lado afectado por vía supra o infraclavicular y se comprobó intraoperatoriamente la presencia de lesiones pleurales.

Resultados: Se intervino a un total de 31 pacientes (58 % mujeres) con una edad media de 37,1 años. En todos los casos el motivo de la resección fue una TVP del lado afectado salvo en 2 casos que presentaban síntomas neurológicos y en otro que presentaba estenosis de la vena subclavia con los esfuerzos. La TVP fue en miembro superior derecho en un 67,8 % de pacientes. Se realizó abordaje supraclavicular en un 51,6 % de casos, aunque ambos abordajes presentaron un éxito técnico del 100 %. El tiempo medio de cirugía para el abordaje supraclavicular fue de 85,8 min mientras que en el infraclavicular fue de 86,2 min. Solo hubo un caso de lesión pleural intraoperatoria que se reparó mediante sutura de la pleura. Las complicaciones perioperatorias constituyeron un 6,4 %, todas ellas en abordajes supraclaviculares debido a parálisis del nervio frénico. No hubo casos de recurrencia de TVP.

Conclusiones: La cirugía de síndrome del estrecho torácico mediante resección de la 1.ª costilla constituye hoy en día un reto para los cirujanos vasculares, teniendo en cuenta la falta de recomendaciones con nivel de evidencia elevado en las guías actuales.

CO 244. MANEJO DE LA INFECCIÓN PROTÉSICA AÓRTICA EN UN HOSPITAL TERCIARIO, SUPERVIVENCIA A MEDIO Y LARGO PLAZO

Elena Pastor Cascón, Isabel Ascensión Pérez Hernández, Daniel Ávila Royón, Beatriz Carrascal Rojo, Teresa Fernández Moreno, Jesús Álvarez García
Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Objetivos: La infección de prótesis aórtica es una complicación infrecuente, pero se asocia a elevada morbimortalidad. Su manejo puede ser conservador mediante antibioterapia o quirúrgico, sin consenso claro sobre su impacto en la supervivencia. El objetivo fue comparar la supervivencia a 30 días y al año según la estrategia terapéutica e identificar factores asociados a mortalidad.

Material: Se analizaron pacientes con infección de prótesis aórtica diagnosticada entre 2021 y 2025 en un hospital terciario. Se recogieron variables demográficas, comorbilidades, características clínicas, criterios MAGIC, datos microbiológicos y tipo de tratamiento

Metodología: Estudio retrospectivo y unicéntrico comparando manejo conservador y quirúrgico. La supervivencia se evaluó mediante Kaplan-Meier. Las variables se compararon con Mann-Whitney y Fisher. Se realizó análisis univariante exploratorio. El análisis estadístico se efectuó con R versión 4.3.2.

Resultados: Se incluyeron 17 pacientes con edad media de $70,2 \pm 7,5$ años y predominio masculino (59 %). Siete (41 %) recibieron antibioterapia exclusiva y diez (59 %) tratamiento quirúrgico. La cohorte presentó elevada comorbilidad (Charlson 5 [RIQ 4-8]), con hipertensión en el 88 %, dislipemia en el 94 % y enfermedad renal crónica en el 35 %. El 41 % debutó con sepsis y el 53 % presentó bacteriemia, sin diferencias basales significativas entre grupos ($p > 0,05$). En el grupo quirúrgico se realizó explante total en el 60 % y parcial en el 40 %, empleándose principalmente dacrón y pericardio bovino para la reconstrucción. No se observaron diferencias significativas en la mortalidad a 30 días ($p = 0,36$) ni en la supervivencia al año ($p = 0,58$) entre ambas estrategias. El análisis univariante identificó mayor mortalidad en pacientes con sepsis, mayor carga de comorbilidad y en aquellos cuya cirugía aórtica inicial fue urgente, como marcador de mayor gravedad basal, sin asociación significativa con la estrategia terapéutica empleada.

Conclusiones: En nuestra experiencia, no se observaron diferencias significativas en la supervivencia entre el manejo conservador y quirúrgico, siendo la gravedad infecciosa y la carga de comorbilidad los principales determinantes pronósticos. El reducido tamaño muestral limita la potencia estadística del estudio, por lo que se requieren estudios multicéntricos que permitan profundizar en el impacto de las distintas estrategias terapéuticas.



PANELES

PA 21. COMPARACIÓN DEL CALIBRE ECOGRÁFICO PREOPERATORIO Y DEL CALIBRE INTRAOPERATORIO DE LA VENA SAFENA INTERNA UTILIZADA COMO INJERTO

María Gutiérrez Fernández de Velasco, Xabier Cabezuelo Adame, June Fernández Fernández, Guillem Santiago Furtet Rodrigo, Roberto Ney Díaz, Melina Vega de Céniga
Hospital Universitario Galdakao Usansolo. Galdakao, Bizkaia

Objetivos: La vena safena interna (VSI) es el conducto de elección para *bypass* arterial, considerándose habitualmente útil a partir de 3 mm de diámetro. Según la literatura, aproximadamente el 35 % de los pacientes que necesitan revascularización infrainguinal tienen disponible una VSI ≥ 3 mm, y un 35 % adicional una VSI de 2,5-2,9 mm. Este estudio compara el diámetro ecográfico preoperatorio y el calibre intraoperatorio de la VSI utilizada para injerto.

Material: Estudio observacional retrospectivo unicéntrico de pacientes revascularizados mediante *bypass* arterial infrainguinal durante 2025.

Metodología: Se realizó un estudio ecográfico preoperatorio de la VSI, midiendo su calibre en 6 puntos entre muslo y pierna. La calibración intraluminal intraoperatoria se realizó en el extremo distal de los *bypass* tras la valvulotomía e inmediatamente antes de la sutura de la anastomosis distal. Se compararon los diámetros ecográficos preoperatorios con los calibrados intraoperatorios. Se recogieron: tipo de *bypass*, reintervención y trombosis (precoz y tardía). Se realizó estadística descriptiva.

Resultados: Se incluyeron 26 pacientes: 13 (50 %) *bypass* femoropoplíteos, 7 (27 %) femorotibiales y 6 (23 %) ultradistales. Los diámetros ecográficos en la rodilla de las VSI utilizadas para *bypass* femoropoplíteo fueron de 2,5-7,5 mm. Las VSI de 2,5-2,9 mm

($n=3$) y ≥ 3 mm ($n=10$) tuvieron calibres intraoperatorios de 3-3,5 mm y 3-7,5 mm, respectivamente. Los diámetros ecográficos en el tercio medio-distal de pierna de las VSI utilizadas para *bypass* femorotibial fueron de 2,5-4,5 mm. Las VSI de 2,5-2,9 mm ($n=3$) y aquellas ≥ 3 mm ($n=4$) tuvieron calibres intraoperatorios de 3-3,5 mm y 4-4,5 mm, respectivamente. Los diámetros ecográficos distales de las VSI utilizadas para *bypass* ultradistal fueron de 2,5-4,5 mm. Las VSI de 2,5-2,9 mm ($n=3$) y aquellas ≥ 3 mm ($n=3$) tuvieron calibres intraoperatorios de 3-4 mm y 3,5-4,5 mm, respectivamente. Un *bypass* femoropoplíteo (3,8 %) se trombosó en el posoperatorio inmediato. Tres *bypasses* (11,5 %), 1 femoropoplíteo, 1 femorotibial y 1 ultradistal requirieron reintervención en el primer año por estenosis en la anastomosis distal.

Conclusiones: Las VSI con diámetro ecográfico preoperatorio 2,5-2,9 mm son útiles para *bypass* arterial. Ampliar el criterio de selección a < 3 mm puede aumentar la disponibilidad y el uso de *bypass* autólogo.

PA 72. TRIPLE RAMA RETRÓGRADA EN ZONA 0: EXPERIENCIA INICIAL EN ESPAÑA

Rocío Garralda Díaz de Lope-Díaz¹, Manuel Hernando Rydings¹, Francisco Álvarez Herrero¹, Claudia Aramendi Arieta-Araunabeña², Ricardo Asensio García², Isaac Martínez López¹
¹Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ²Hospital Universitario Basurto. Bilbao

Objetivos: Desde la primera serie publicada del tratamiento endovascular del arco aórtico en 1999, la tecnología de los dispositivos y la técnica quirúrgica han evolucionado sustancialmente, desarrollando opciones que reducen al máximo la manipulación del arco y de los troncos supraaórticos en el tratamiento endovascular de la zona 0. Nuestro objetivo es presentar la experiencia inicial en nuestro país

con la prótesis de triple rama retrógrada del arco aórtico (Cook Medical, Brisbane, Australia).

Material: Desde febrero de 2025 se han tratado 5 pacientes en 2 centros terciarios a nivel nacional (4 aneurismas degenerativos y 1 posdisección de tipo A). Tres pacientes habían tenido una sustitución de aorta ascendente previa.

Metodología: En todos ellos se utilizaron, tan solo, un acceso femoral y radial percutáneos, desde donde se liberó la endoprótesis y se implantaron los *stents* puente para los troncos supraaórticos. Se utilizó técnica MUVIT en 2 casos y *rapid-pacing* en los restantes para reducir *output* cardíaco.

Resultados: Los 5 pacientes fueron tratados satisfactoriamente sin presentar eventos neurológicos en el posoperatorio inmediato ni complicaciones mayores. Se implantaron 25 *stents* puente para tratar 15 vasos diana (7 vasos diana fueron tratados con *stents* autoexpandibles y 8 con técnica híbrida). No fue necesario establecer un *through and through* en ningún caso para lograr implantar los *stents* puente. Tras seguimiento medio de 6 meses, no se ha detectado ningún caso de pseudocoartación aórtica, endofuga de alto flujo, ninguna inestabilidad de vaso diana ni reintervención, por lo que se alcanzó un éxito técnico y clínico del 100 %.

Conclusiones: La endoprótesis de triple rama retrógrada es una herramienta prometedora en el tratamiento endovascular del arco aórtico en zona cero que permite reducir al máximo la manipulación del arco aórtico. A pesar de los resultados favorables iniciales, es necesario una mayor muestra y mayor tiempo de seguimiento que confirme su efectividad a largo plazo.

PA 95. ENDOPRÓTESIS MODIFICADAS POR EL MÉDICO (PMEG): EXPERIENCIA Y RESULTADOS EN NUESTRO CENTRO

Raquel Chávez Abiega, Kerbi Alejandro Guevara Noriega, Diego Enrique Sisa Elizeche, María Marcet Recolons, Javier Ramírez Ruiz, María Teresa Solanich Valldaura
Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell, Barcelona

Objetivos: Evaluar los resultados iniciales de la utilización de endoprótesis aórticas modificadas *in situ* (*Physician-Modified EndoGrafts*: PMEG) para el tratamiento endovascular de patología aórtica compleja en situaciones clínicas urgentes, donde no era posible el uso de dispositivos estándar o a medida.

Material: Se presentan cuatro pacientes consecutivos intervenidos mediante PMEG entre marzo de 2025 y octubre de 2025. Todos presentaban patología aórtica compleja, que no permitían asumir el margen de creación de una endoprótesis a medida. Esto incluyó 2 aneurismas micóticos paraviscerales, 2 aneurismas abdominotorácicos inestables y 1 úlcera aórtica complicada con afectación de arterias viscerales y/o renales. La indicación de PMEG se basó en comorbilidad elevada, anatomía compleja, urgencia clínica y alto riesgo para cirugía abierta.

Metodología: Las PMEG se realizaron sobre la plataforma de Medtronic inmediatamente antes de su implantación, creando fenestraciones para el tronco celíaco, arteria mesentérica superior y arterias renales según el caso. Los procedimientos se llevaron a cabo por vía femoral asociado a la implantación de *stents* cubiertos en arterias viscerales según técnica habitual en endoprótesis fenestradas de aorta. Se evaluaron el éxito técnico, la permeabilidad de las ramas, las complicaciones perioperatorias, la mortalidad y los hallazgos en el seguimiento mediante tomografía computarizada y/o PET-TC.

Resultados: El éxito técnico fue del 100 % con correcta implantación de la endoprótesis y revascularización de todas las ramas viscerales planificadas. No se observaron *endoleaks* en los controles de imagen iniciales. Un paciente presentó isquemia mesentérica grave en el posoperatorio inmediato debido a hipotensión severa por ruptura ilíaca, requiriendo cirugía abdominal y con evolución fatal. En los tres pacientes restantes, el seguimiento radiológico mostró exclusión completa de la patología aórtica tratada, con ramas permeables y sin signos de infección protésica activa. No se detectaron fallos estructurales del dispositivo durante el seguimiento disponible (4 a 11 meses).

Conclusiones: La PMEG constituye una alternativa endovascular factible y eficaz para el tratamiento de patología aórtica compleja en pacientes seleccionados, especialmente en escenarios urgentes o de alto riesgo quirúrgico. Aunque se asocia a una morbilidad relevante, permite una solución personalizada y rápida con buenos resultados anatómicos iniciales cuando se realiza en centros con experiencia.

PA 10. TÉCNICA ROADSIDE PARA EMBOLIZACIÓN TRANSPROTÉSICA EN PACIENTE CON FÍSTULA AORTODUODENAL Y ENDOFUGA DE TIPO II

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

Objetivos: La fístula aortoentérica (FAE) secundaria, tras cirugía aórtica urgente, es una complicación catastrófica con elevadísima morbimortalidad. Actualmente, el tratamiento de elección en pacientes *fit* sigue siendo la cirugía abierta con explante total de la prótesis; en pacientes con riesgo quirúrgico prohibitivo, el abordaje endovascular surge como una alternativa de rescate. Presentamos un caso excepcional de FAE asociada a endofuga de tipo II tratada con éxito mediante técnica *roadside* transprotésica.

Material: Varón de 70 años intervenido de urgencia por aneurisma de aorta abdominal roto inestable mediante EVAR. Durante el primer mes posoperatorio presentó hemorragia digestiva alta por úlceras duodenales y sepsis por *Salmonella*, requiriendo tratamiento supresivo prolongado con dalvabancina ante el alto riesgo de infección protésica. A los 6 meses acude a Urgencias por hematemesis y melenas, diagnosticándose de FAE entre el duodeno y el saco aneurismático.

Metodología: Se realizó angio TC urgente que identificó endofuga de tipo II por arterias liliumbares como origen del sangrado hacia el tracto

digestivo. Debido a la fragilidad del paciente, se desestima cirugía abierta y se opta por tratamiento endovascular.

Resultados: Se realizó un acceso transprotésico (técnica *roadside*) para alcanzar el saco aneurismático desde extensión derecha del cuerpo bifurcado. Durante la intervención se obtuvo una imagen angiográfica inédita: el paso del contraste y de la guía hidrofílica directamente al interior de las asas intestinales a través de la comunicación fistulosa. Se procedió a la embolización del saco y de la arteria lumbar responsable mediante el uso combinado de *coils*, agente embólico líquido (Squid-peri®) y sellante de fibrina (Tissuocol®). El paciente evolucionó satisfactoriamente, siendo dado de alta paucisintomático con tratamiento antibiótico supresivo de por vida. Tras el seguimiento, el paciente permanece en buen estado general y sin signos de recidiva hemorrágica.

Conclusiones: La técnica *roadside* es una alternativa eficaz que permite un acceso directo y preciso al saco para el tratamiento de FAE alimentada por endofuga de tipo II, especialmente cuando las rutas convencionales son limitadas y en pacientes con riesgo quirúrgico prohibitivo. Este caso aporta una estrategia terapéutica avanzada y una documentación angiográfica inédita en una complicación de extrema gravedad.

PA 53. T-BRANCH DE BAJO PERFIL Y DESPLIEGUE SEMISECUENCIAL: ¿SIGUEN EXISTIENDO LIMITACIONES ANATÓMICAS CON DISPOSITIVOS OFF-THE-SHELF?

Sofiya Nazarchuk Pavlovna, Rocío Garralda Díaz de Lope-Díaz, Manuel Hernando Rydings, Francisco Álvarez Herrero, Jorge Mesa Guadalupe, Isaac Martínez López
Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Objetivos: La endoprótesis *off-the-shelf T-Branch* (Cook Medical, Brisbane, Australia) permite el tratamiento de aneurismas que no pueden esperar

a una endoprótesis a medida, teniendo como principal desventaja su perfil y cobertura aórtica. Por ello, se ha desarrollado una T-Branch de bajo perfil (18 Fr) con, tan solo, 2 *stents* de sellado proximales. Presentamos el caso de una paciente con aneurisma pararenal sintomático, con lumen aórtico visceral de 19 mm.

Material: Mujer de 77 años derivada a urgencias con aneurisma pararenal de 74 mm. Calcificación severa de la aorta visceral y del origen de las arterias viscerales con lumen a este nivel de 19 mm. Arterias renales de 5 mm y elongación severa. El aneurisma se extiende hasta la aorta infrarenal a unos 45 mm de la bifurcación aórtica donde presenta diámetro constante de 12 mm. Tortuosidad ilíaca con diámetros normales.

Metodología: Se decide intervención quirúrgica en las primeras 24 h mediante punción femoral derecha y axilar izquierda. Se implanta T-Branch de bajo perfil mediante despliegue semisecuencial hasta la rama de arteria mesentérica superior con *stenting* con VBX de arterias viscerales. Despliegue hasta ramas de arterias renales donde se utiliza técnica híbrida (VBX y Viabahn). Para lograr el sellado infrarenal evitando la bifurcación aórtica estrecha y tortuosidad ilíaca severa se modifica una pata excluder de Gore de 20 mm montándola de forma invertida sobre un balón de 4 × 150 0,018" logrando que la campana de 20 mm selle en la T-Branch de bajo perfil y el segmento proximal de 16 mm en la aorta infrarenal.

Resultados: Extubación en las primeras 24 h sin datos de isquemia medular. Atelectasia bipulmonar que mejora con ventilación no invasiva. Angio TAC de control con permeabilidad de endoprótesis y de ramas, endofuga de tipo II dependiente de lumbares. Dada de alta en situación basal.

Conclusiones: La nueva versión de la endoprótesis T-Branch de bajo perfil junto con la adaptación del despliegue semisecuencial permite reducir la cobertura aórtica, tratar a pacientes con accesos hostiles y con lumen estrecho de la aorta visceral, ampliando de esta forma la aplicabilidad de esta endoprótesis

en casos urgentes. La modificación de ramas ilíacas puede ser una herramienta sencilla que puede ser interesante en situaciones determinadas.

PA 138. RESCATE TROMBOSIS DE STENTS VISCERALES TRAS EL TRATAMIENTO DE AORTA COMPLEJA, UNA COMPLICACIÓN TIEMPO-DEPENDIENTE

Joan Francisco Roedan Oliver, Álvaro Revilla Calavia, Sergio Asensio Rodríguez, Sandra Pérez Fernández, Enrique M. San Norberto García, M.^a Lourdes del Río Solá
Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid

Objetivos: Presentar la técnica de tromboaspiración como una técnica efectiva de rescate en la trombosis de *stents* viscerales tras el tratamiento de aorta compleja.

Material: Se analizaron 5 casos de rescate por trombosis de *stents* viscerales en 4 pacientes tras reparación endovascular de aorta compleja (2 *E-nside*, 1 *E-xtradesign* y 1 *cuff* aórtico con técnica de *chimneys/snorkels*).

Metodología: El abordaje de elección fue la arteria humeral izquierda (3 abiertos, 1 percutáneo). Mediante introductor 6 Fr, navegación hidrofílica y cateterismo selectivo (BER II), con posterior recambio a guía Rosen 0,035". Tras el intercambio por un introductor largo, se procedió a la trombectomía mecánica farmacomecánica mediante sistema AngioJet™ ZelanteDVT™. El procedimiento finalizó tras la confirmación angiográfica de la permeabilidad del *stent* y la resolución del defecto de repleción en 3 de los casos, y en 1 de ellos precisó *relining* de *stent* de mesentérica superior y tronco celíaco.

Resultados: Se alcanzó un éxito técnico del 100 % con una estancia media de 7,0 ± 4,69 días. No se registraron complicaciones posoperatorias ni isquemia intestinal. El 80 % de los pacientes presentó un pico transitorio de creatinina al tercer día, con re-

solución espontánea y sin necesidad de terapia de reemplazo renal. El control por imagen a los 30 días (eco Doppler / angio TC) confirmó la permeabilidad de los *stents* en la totalidad de la muestra. Tras un seguimiento medio de 10 ± 3 meses, la tasa de re-trombosis fue del 0 %.

Conclusiones: La tromboaspiración con dispositivo AngioJet™ se presenta como una herramienta firme y efectiva para el rescate de *stents* viscerales de las endoprótesis fenestradas.

PA 205. SISTEMA DE PERFUSIÓN RENAL PARA LA PRESERVACIÓN Y EL TRANSPORTE DEL INJERTO EN TRASPLANTE RENAL: INDICACIONES Y EXPERIENCIA INICIAL

Marina Zalve Vicedo, Patricia Ramírez González, Sara Morales Gisbert, Amaia Echaide Artieda, Paloma González Rodríguez, Francisco Gómez Palones
Hospital Universitari Doctor Peset. València

Objetivos: Describir el funcionamiento del sistema de perfusión renal (SPR) para preservación y transporte renal y sus principales indicaciones clínicas, aportando la experiencia inicial en nuestro centro.

Material: El SPR es un dispositivo portátil diseñado para realizar una perfusión renal continua e hipotérmica permitiendo la monitorización en tiempo real de parámetros hemodinámicos del injerto, como presión, flujo y resistencia vascular. Se empleó en injertos renales procedentes de donantes seleccionados según los criterios clínicos establecidos en nuestro centro.

Metodología: El dispositivo realiza una perfusión pulsátil del injerto permitiendo una preservación dinámica frente al almacenamiento estático convencional. Durante el periodo de isquemia fría, proporciona información sobre el comportamiento vascular (resistencia, presión y flujo), además de avisos ante fugas u otras complicaciones. Se realiza una canulación de la arteria renal por donde se intro-

duce el fluido que posteriormente sale por la vena renal, reintroduciéndose en el circuito. Su uso se indicó en injertos procedentes de donantes mayores de 60 años, en asistolia controlada, y con tiempos de isquemia fría estimados prolongados. Se utilizaron nueve injertos renales que cumplían dichas condiciones.

Resultados: Los nueve injertos procedían de donantes mayores de 60 años y en asistolia controlada, con tiempos de isquemia fría de entre 14 y 24 horas. Dos de ellos presentaban dos arterias renales en un parche único, cuatro presentaban una arteria polar que se reimplantó a la principal, y tres presentaron una arteria renal única que se preparó en cirugía de banco. Durante la perfusión se observó tendencia a la disminución de las resistencias vasculares y aumento de los flujos, sin presentar incidencias. A los seis meses, todos ellos mejoraron su función renal, salvo una paciente que presentó rechazo agudo del injerto, y otro paciente cuyo injerto se explantó precozmente por presentar una decapsulación del riñón por un hematoma subcapsular. Se perdió el seguimiento de un paciente.

Conclusiones: El SPR es una herramienta eficaz para la preservación renal que permite una conservación dinámica del órgano y aporta información objetiva durante el periodo de isquemia fría. La experiencia inicial en nuestro centro apoya su utilidad como alternativa a los métodos tradicionales de preservación en pacientes candidatos, especialmente en tiempos de isquemia fría prolongados.

PA 242. ANEURISMA POSDISECCIÓN GIGANTE CON EROSIÓN VERTEBRAL: USO DE LA SEPTOTOMÍA EN LA REPARACIÓN ENDOVASCULAR ABDOMINOTORÁCICA COMPLETA PREVIA A LA FIJACIÓN DE COLUMNA

Álvaro Salinas Cánovas, Xavier Faner Capó, Iván Constenla García, Diego Juárez Enríquez, Lluna Viñas Valls, Sergi Bellmunt Montoya
Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

Introducción y objetivos: Los aneurismas abdominotorácicos posdisección suponen un reto tanto para la reparación abierta como endovascular, especialmente en escenarios urgentes. Cuando son sintomáticos y de gran tamaño, pueden presentarse con cuadros clínicos compresivos que requieran la colaboración de varios equipos quirúrgicos para su resolución. En los últimos años, la septotomía se ha consolidado como técnica para crear *landing zones* en disecciones con afectación visceral y necesidad de extensión hasta aorta infrarrenal. El objetivo de este estudio es presentar un caso extremo de aneurisma abdominotorácico posdisección con erosión vertebral tratado mediante técnicas endovasculares avanzadas y colaboración multidisciplinar.

Material: Presentamos el caso de un varón de 54 años, originario de Gambia, con antecedente de disección aórtica tipo A a los 30 años, tratada mediante Bentall-Bono, con disección tipo B crónica residual y dilatación progresiva que requirió sustitución de arco en 2025 como primer estadio de una reparación abdominotorácica completa. Se descartó aortopatía desde la Unidad de Congénitos y el paciente decidió no continuar con el seguimiento ni con futuras intervenciones. Reacudió en 2026 con dolor lumbar intenso y crecimiento del aneurisma de 74 a 100 mm a nivel retrocrurol, con erosión de los hemicuerpos vertebrales T4-T9.

Metodología: Se optó por reparación endovascular, dado que el paciente presentaba desnutrición importante y un estado basal subóptimo para una cirugía abierta abdominotorácica.

Resultados: Se realizó septotomía desde la aorta torácica descendente hasta la bifurcación aórtica para crear una *landing zone* a nivel visceral que permitiera implantar una endoprótesis ramificada T-Branch (Cook®), inicialmente inviable por el reducido diámetro de la luz verdadera. Posteriormente, Traumatología realizó una fijación vertebral posterior (T4-T12), consiguiéndose la recuperación de la deambulación mediante rehabilitación. En el angio TAC de control se detectó una endofuga de tipo II dependiente de la mesentérica inferior, tratada me-

dante clipaje laparoscópico por cirugía colorrectal ante la dificultad de embolización debido a las reparaciones previas.

Conclusiones: La septotomía mostró ser una técnica adyuvante efectiva para la reparación endovascular abdominotorácica completa. Este caso ilustra el valor de las técnicas endovasculares avanzadas y la importancia de un enfoque multidisciplinar en anatomías complejas y en el manejo de complicaciones secuenciales.

PA 107. TROMBOANGEÍTIS OBLITERANTE CON AFECTACIÓN INTESTINAL EXCLUSIVA: UN RETO DIAGNÓSTICO

Ismael Sánchez Burgos, Irene María Lopez Arquillo, Javier Fernández Lorenzo, Jorge Vidal Rey, Pablo Rodríguez González, José Manuel Encisa de Sa Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo

Objetivos: Describir un caso infrecuente de enfermedad de Buerger con afectación intestinal exclusiva y su abordaje diagnóstico y terapéutico.

Material: Paciente varón de 52 años, fumador activo (10 cigarrillos/día), con dislipemia y antecedente de asma bronquial, sin otros factores de riesgo cardiovascular relevantes.

Metodología: Acude a Urgencias por dolor abdominal de dos días de evolución asociado a náuseas y vómitos. Ante la sospecha de isquemia intestinal, se realizó angio TC abdominopélvico, que mostró permeabilidad del tronco principal de la arteria mesentérica superior con oclusión de ramas distales y engrosamiento parietal de asas de intestino delgado compatible con isquemia intestinal segmentaria, sin datos de ateromatosis significativa ni embolia proximal. Ante la progresión clínica, se indicó tratamiento quirúrgico por parte del servicio de cirugía general y digestiva, realizándose varias resecciones segmentarias de intestino delgado y resección ileocecal, con reconstrucción mediante anastomosis duodeno-yeyunal e íleo-cólica. El estudio anatómico patológico mostró necrosis isquémica hemorrágica

transmural asociada a microvasculitis trombótica inflamatoria focalmente obliterante, hallazgos compatibles con tromboangiítis obliterante. Posteriormente se inició tratamiento con anticoagulación sistémica y prostaglandinas intravenosas durante el ingreso.

Resultados: El posoperatorio cursó favorablemente, con recuperación del tránsito intestinal y adecuada tolerancia oral, permitiendo el alta a los 18 días. No presentó nuevos episodios isquémicos durante el ingreso ni a los tres meses de seguimiento en consultas externas. Se mantuvo tratamiento ambulatorio con ácido acetilsalicílico (AAS).

Conclusiones: La afectación visceral en la enfermedad de Buerger es una forma de presentación excepcional y probablemente infradiagnosticada, por requerir confirmación histológica. Debe considerarse en pacientes fumadores con isquemia intestinal sin causa evidente. El abandono estricto del hábito tabáquico constituye la medida fundamental para detener la progresión de la enfermedad. La anticoagulación asociada a prostaglandinas podría contribuir a estabilizar la enfermedad tras la resección intestinal.

PA 22. LA RECONSTRUCCIÓN ENDOVASCULAR CUBIERTA DE LA BIFURCACIÓN ILÍACA (CERIB) COMO TÉCNICA DE RECURSO EN ANATOMÍAS ILÍACAS COMPLEJAS

Inés Torres Nieto, Alfonso Jiménez Elbaile, Noemí Hidalgo Iranzo, Jorge Álvarez Gómez, Agustín Decouvette Sureda, Elena Victoria Gil Amigo
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

Introducción y objetivos: La preservación de la arteria hipogástrica en el tratamiento endovascular del sector ilíaco es fundamental para evitar complicaciones isquémicas pélvicas. En ocasiones la implantación de un *branch* ilíaco (IBD) puede verse limitada por la anatomía o la presencia de prótesis previas. En este contexto, la reconstrucción endo-

vascular cubierta de la bifurcación ilíaca (CERIB) se plantea como una alternativa de recurso para lograr un adecuado sellado distal preservando la perfusión pélvica. Por tanto, el objetivo es describir los resultados del CERIB como técnica de recurso en pacientes con anatomía ilíaca compleja.

Material: Se presenta una serie retrospectiva de tres pacientes tratados mediante CERIB en nuestro centro entre enero de 2024 y diciembre de 2025. El caso A trata de un paciente de 66 años al que se le realizaron 2 CERIB como segundo y tercer tiempo ilíacos tras endoprótesis fenestrada debido a falta de sellado en ambas arterias ilíacas comunes por ser aneurismáticas. El caso B corresponde a un paciente de 71 años con un aneurisma de la arteria hipogástrica izquierda de 30 mm con antecedentes de aneurisma de aorta abdominal excluido mediante injerto aortobiilíaco y posterior embolización de un aneurisma hipogástrico derecho. El caso C es un paciente al que se le realizó un CERIB como segundo tiempo de endoprótesis con ramas internas en el cual la hipogástrica contralateral estaba obstruida.

Metodología: Se analizaron variables clínicas, anatómicas y técnicas, así como éxito técnico, complicaciones perioperatorias y resultados en el seguimiento.

Resultados: El CERIB fue técnicamente exitoso en los cuatro casos, consiguiendo un adecuado sellado distal y la preservación de la arteria hipogástrica. No se registraron complicaciones perioperatorias mayores ni mortalidad en los 6 primeros meses. Durante el seguimiento, todas las reconstrucciones permanecieron permeables, sin evidencia de endofuga ni trombosis. Ningún paciente presentó síntomas de claudicación glútea ni disfunción sexual.

Conclusiones: El CERIB constituye una alternativa endovascular eficaz como técnica de recurso en anatomías ilíacas complejas donde los IBD no son factibles. Esta técnica permite un adecuado sellado distal preservando la perfusión pélvica, con buenos resultados iniciales, aunque son necesarios estudios con mayor número de pacientes y seguimiento a largo plazo.

PA 19. RESCATE ENDOVASCULAR DE INJERTO RENAL MEDIANTE STENT ILÍACO POR DISECCIÓN SEGMENTARIA DE ARTERIA ILÍACA EXTERNA CON ANASTOMOSIS SOBRE LUZ FALSA

Nathalya Loriths Peña Ahues, Stefan Stefanov Kiuri, Ana Mayor Díaz, Clara Plaza Pelayo, Raquel Pérez Pérez, Álvaro Fernández Heredero
Hospital Universitario La Paz. Madrid

Objetivos: Describir el tratamiento endovascular de una disección segmentaria de la arteria ilíaca externa (AIE) que comprometía la perfusión de un trasplante renal al originarse la anastomosis del injerto en la luz falsa.

Material: Las complicaciones vasculares tras el trasplante renal ocurren en 3-15 % de casos constituyendo una causa relevante de pérdida precoz del injerto. Las estenosis u oclusiones ilíacas representan el 1-2 %, mientras que la disección de arteria ilíaca es excepcional y potencialmente catastrófica por riesgo de isquemia del injerto y trombosis arterial. Tradicionalmente el manejo ha sido quirúrgico abierto, con elevada morbimortalidad. En los últimos años, el tratamiento endovascular con angioplastia y *stent* ha demostrado altas tasas de éxito técnico (> 90 %) y menor agresividad, posicionándose como alternativa para preservar el injerto.

Metodología: Mujer de 78 años con enfermedad renal crónica secundaria a vasculitis ANCA, recibe segundo trasplante renal anastomosado a AIE izquierda. A los tres meses presenta deterioro de función renal. El angio TC muestra disección segmentaria de AIE izquierda con anastomosis de la arteria renal del injerto dependiente de luz falsa; con perfusión renal conservada. En sesión multidisciplinar se decide tratamiento quirúrgico. Se realiza punción ecoguiada por abordaje retrógrado femoral ipsilateral. Tras cateterización ilíaca, y múltiples proyecciones angiográficas para diferenciar el trayecto de ambas luces, atravesamos la lamela con guía hidrofílica soportada en catéter. Realizamos fenestración con balón 8 × 40 mm y, tras asegurar la perfusión renal desde el sitio previsto de implante, desplegamos *stent* no recubierto balón expandible 8 × 37 mm en AIE.

Resultados: La arteriografía final evidenció permeabilidad del injerto con relleno inmediato y buena salida por AIE. La ecografía Doppler intraoperatoria confirmó adecuado flujo y perfusión del injerto. La evolución fue favorable, con mejoría de parámetros renales. Los controles ecográficos a 3 y 8 meses mostraron permeabilidad del *stent* ilíaco y de la arteria renal. Permanece con función renal estable.

Conclusiones: La disección ilíaca con anastomosis del injerto renal sobre luz falsa es una complicación infrecuente pero amenazante. El tratamiento endovascular constituye una opción eficaz y mínimamente invasiva para preservar el trasplante renal, evitando cirugía abierta y pérdida del injerto.

PA 65. REPARACIÓN DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL (AAA) ASOCIADA A RIÑÓN PÉLVICO

Sara Dolores Hernández López, Francisca Encarnación García Fernández, José Carlos Roselló Paredes, Irene Peinado Zanón, Ramiro Bozzi, Manuel Miralles Hernández
Hospital Universitari i Politècnic La Fe. València

Objetivos: La existencia de riñón ectópico es una malformación congénita inusual, más aún asociada a aneurisma aorta abdominal (AAA). El tratamiento en estos casos supone un reto quirúrgico, ya que implica someter al riñón ectópico a un periodo de isquemia normotérmica. Exponemos un caso exitoso tratado mediante cirugía abierta.

Material: Varón 65 años, de manera incidental, en angio TAC, se evidenció AAA y la existencia de riñón pélvico izquierdo con salida de arteria renal izquierda, dos arterias polares < 3 mm izquierdas y dos derechas > 3 mm desde el saco aneurismático. La vena renal izquierda drenaba desde la pelvis renal, con recorrido ascendente, hasta desembocar en la vena cava inferior, en su localización estándar. De acuerdo con el tipo de paciente y la anatomía, planificó la intervención quirúrgica abierta.

Metodología: Mediante laparotomía, se procedió a la disección del AAA, de arteria renal izquierda y polares. Se realizaron clampajes arteriales secuenciales por sectores (M&M) manteniendo la perfusión retrógrada y el drenaje del riñón. Se procedió al clampaje ilíaco izquierdo, realizando la anastomosis de ilíaca izquierda termino-terminal (T-T) con prótesis dacrón de 16 x 8 mm. Posteriormente, se realizó clampaje infrarrenal y clampaje ilíaco derecho, apertura del saco aneurismático y colocación de perfusión de arteria renal izquierda selectiva con solución cristaloide continua a 40. Se realizó la anastomosis aórtica proximal y el reimplante de la arteria renal izquierda. El tiempo de isquemia renal fue de 30 minutos. Se procedió al desclampaje aórtico y clampaje de prótesis comprobando permeabilidad renal. Anastomosis ilíaca derecha (T-T), con posterior desclampaje y buen funcionamiento del *bypass*. Finalmente, con clampaje parcial, se reimplantaron 2 polares renales derechas.

Resultados: El posoperatorio inmediato concurrió sin incidencias: la función renal fue correcta y la permeabilidad y perfusión de arterias renales y polares fue mantenida en ambos riñones en eco Doppler.

Conclusiones: Los AAA asociados a riñones ectópicos suponen un reto quirúrgico. Una planificación preoperatoria minuciosa es fundamental. La técnica quirúrgica elegida debe basarse en las características clínicas y anatómicas. La cirugía abierta con minimización del tiempo de isquemia renal posible es una técnica óptima para estos casos.

PA 178. TRATAMIENTO DE PSEUDOANEURISMA AÓRTICO POSTRAUMÁTICO CON TEVAR CON RAMA PARA SUBCLAVIA IZQUIERDA MÁS FENESTRACIÓN *IN SITU* PARA SUBCLAVIA DERECHA ABERRANTE

Diego Juárez Enríquez, Xavier Faner Capó, Nicolás Allegue Allegue, Sergi Bellmunt Montoya
Hospital Universitari Vall d'Hebrón. Barcelona

Objetivos: Presentación del tratamiento endovascular de un pseudoaneurisma aórtico postraumático en un paciente con subclavia derecha aberrante, mediante TEVAR con rama para subclavia izquierda y fenestración *in situ* para subclavia derecha.

Material: Varón de 30 años, sin antecedentes de interés, trasladado a urgencias tras precipitación desde 6 metros de altura con traumatismo torácico y raquídeo. El angio TAC inicial evidenció lesión intimal en el istmo aórtico distal al origen de subclavia izquierda, asociada a hematoma mural sin sangrado activo. Como hallazgo anatómico relevante, presentaba arteria subclavia derecha aberrante con origen en la cara inferior del cayado aórtico y trayecto retroesofágico. En el control a los 5 días se objetivó progresión de la lesión con desarrollo de pseudoaneurisma de 15 x 6 x 6 mm, indicándose reparación endovascular. Dada la anatomía del arco, se planificó implante de endoprótesis torácica con rama para subclavia izquierda y fenestración *in situ* para preservar ambas arterias.

Metodología: Abordaje percutáneo femoral y humeral bilateral con técnica *through and through*. Arteriografía desde aorta ascendente para ajuste de fusión 3D. Se implantó endoprótesis *custom-made* 28 x 22 x 150 mm con rama de 10 mm para subclavia izquierda. Precolocación de introductor por subclavia derecha antes de liberar la prótesis. Tras despliegue correcto, se efectuó fenestración de la prótesis a nivel del ostium de subclavia derecha mediante catéter deflectable 6,5 Fr de 9 mm y láser Excimer fibra de 0,9 mm. Se realizó predilatación progresiva (3-6 mm) de la fenestración y posterior implante de *stent* cubierto balón-expandible 5 x 59 mm con *flared proximal*.

Resultados: En la arteriografía final se detectó estenosis residual en la fenestración, tratada con angioplastia adicional con balón no *compliance* 6 mm. Al finalizar ausencia de pulso radial derecho por lo que se decide reintervención realizando nueva angioplastia con balones 8 y 10 mm con mejor resultado. Durante posoperatorio en cuidados intensivos recuperación de pulso radial.

Conclusiones: Debido a la anatomía del arco aórtico, era necesario cubrir ambas subclavias para lograr un sellado adecuado. Aunque la fenestración se encontraba fuera de IFU, esta estrategia junto con la rama para subclavia permitió preservar la permeabilidad de troncos supraaórticos en un paciente con riesgo de isquemia medular.

PA 181. DE LA GRANJA A LA AORTA: AORTITIS POR *LISTERIA MONOCYTOGENES*

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

Objetivos: Describir dos casos clínicos de infección aórtica por *Listeria monocytogenes* en pacientes con antecedente de contacto habitual con ganado, destacando las dificultades diagnósticas y el manejo quirúrgico definitivo.

Material: Revisión de la historia clínica de dos varones de 77 y 63 años diagnosticados de infección aórtica con aislamiento intraoperatorio de *Listeria monocytogenes*.

Metodología: Análisis descriptivo de la presentación clínica, hallazgos radiológicos, resultados microbiológicos, tratamiento quirúrgico y evolución clínica. Se revisa el posible mecanismo de contagio, considerando la exposición zoonótica como vía de siembra hematogénea sobre aorta patológica o material protésico.

Resultados: El primer caso corresponde a un varón de 77 años, portador de endoprótesis aórtica abdominal implantada en 2023, que consultó por astenia y dolor lumbar de meses de evolución. Los hemocultivos seriados fueron negativos y el PET-TAC mostró captaciones periprotésicas inespecíficas. Ante la sospecha de infección protésica crónica se indicó cirugía, realizándose explante completo de la endoprótesis con desbridamiento amplio y reconstrucción *in situ* mediante prótesis biológica de pericardio bovino.

Los cultivos intraoperatorios aislaron *Listeria monocytogenes*. Completó seis semanas de antibioterapia dirigida, con evolución favorable y ausencia de recidiva. El segundo caso corresponde a un varón de 63 años, hipertenso y en seguimiento por aneurisma infrarrenal no quirúrgico, que acudió por fiebre persistente superior a 39 °C. El TAC urgente evidenció pseudoaneurisma con signos de rotura contenida. Se realizó reparación endovascular urgente como procedimiento puente, seguida de explante completo diferido y reconstrucción con prótesis de pericardio bovino. Los cultivos quirúrgicos confirmaron igualmente *Listeria monocytogenes*. Tras antibioterapia prolongada, la evolución fue excelente. Ambos pacientes referían contacto habitual con ganado y consumo de productos artesanales no pasteurizados.

Conclusiones: La infección aórtica por *Listeria monocytogenes* es excepcional y puede cursar con hemocultivos negativos y clínica inespecífica. El antecedente epidemiológico puede ser determinante para la sospecha diagnóstica. El explante completo con reconstrucción biológica asociado a antibioterapia prolongada ofrece resultados satisfactorios.

PA 52. MATTOX: UNA MANIOBRA POCO CONOCIDA DE GRAN UTILIDAD EN LA CIRUGÍA AÓRTICA COMPLEJA

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

Introducción y objetivos: El tratamiento endovascular ha ampliado las opciones terapéuticas en la patología aórtica compleja; sin embargo, en una selección de pacientes con anatomía desfavorable no se puede realizar. En estos casos, la cirugía abierta continúa siendo la opción de elección, requiriendo en ocasiones maniobras quirúrgicas específicas, como la de Mattox. A continuación, presentamos un caso de un paciente con un aneurisma abdominotorácico (ATA) tipo IV con patología asociada de ambas renales y viscerales.

Material: Varón de 58 años, HTA y ERC (creatinina 1,37 mg/dL) que derivan desde otro centro por un ATA tipo IV de 71 mm de diámetro máximo con estenosis larga de arteria renal derecha (RD), aneurisma fusiforme de gran tamaño hasta el hilio en renal izquierda (RI) y estenosis crítica en origen de tronco celíaco (TC).

Metodología: El 17/04/2024 se lleva a cabo el primer tiempo quirúrgico mediante *stent* VBX 6 × 29 mm desde origen a hilio renal en RD. El 27/04/2025 se realiza el segundo tiempo mediante exclusión de un ATA mediante un *bypass* aortoilio-femoral izquierdo con prótesis de Coselli de 22 mm. Laparotomía media, toracotomía y frenotomía. Mediante maniobra de Mattox se consigue acceso a la aorta visceral supramesocólica, así como control de los primeros centímetros de las arterias viscerales y exposición completa de RI. Clampaje secuencial con perfusión continua de viscerales mediante ECMO femorofemoral izquierdo y protección de renales con custodiol frío. Anastomosis TT independiente de las ramas, en el siguiente orden: AMS, RI (previa neobifurcación de polares), RD (incluyendo *stent* previo) y TC. Tiempos de isquemia de 20 minutos para renales y de 10 min para viscerales.

Resultados: Extubación en las primeras 24 h sin datos de isquemia medular. Deterioro de la función renal con creatinina pico al tercer día de 3,85 mg/dL, que mejora sin necesidad de terapia sustitutiva. Ascitis quilosa que se soluciona con dieta baja en grasa. Angio TAC de control con permeabilidad de *bypass* y sin defectos en las anastomosis de las ramas.

Conclusiones: En aneurismas complejos con patología asociada de viscerales y renales la maniobra de Mattox puede ser de gran utilidad.

PA 79. USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LA INTERPRETACIÓN DE SIGLAS MÉDICAS EN CIRUGÍA VASCULAR

Irene Peinado Zanón¹, Adéla Kotátková², María Álamo Rodríguez¹, Ramiro Bozzi¹, Emma Plana Anadani¹, Manuel Miralles Hernández¹

¹Hospital Universitari i Politènic La Fe. València.

²Universitat Jaume I. Castelló de la Plana

Objetivos: El uso frecuente y no estandarizado de siglas médicas en los informes clínicos puede dificultar la interpretación de la información y comprometer la comunicación asistencial. El objetivo de este estudio es evaluar la capacidad de modelos de inteligencia artificial para interpretar el significado de siglas médicas en español en informes clínicos de angiología y cirugía vascular.

Material: Se analizaron 100 informes de alta hospitalaria correspondientes a diez procedimientos vasculares frecuentes. Se identificaron manualmente 171 siglas y acrónimos médicos distintos. La validación de los significados correctos fue realizada por una lingüista especializada en lenguaje médico y una cirujana vascular.

Metodología: *Diseño:* estudio observacional comparativo. *Procedimiento:* se evaluó el rendimiento de cuatro modelos de inteligencia artificial (ChatGPT, Copilot, Gemini y Perplexity) en la interpretación de siglas médicas. Cada sigla se analizó en tres niveles de información contextual (sin contexto, contexto de frase y contexto de informe completo), utilizando consultas realizadas en sesiones independientes. *Análisis estadístico:* se calculó la proporción de interpretaciones correctas con su intervalo de confianza al 95 % y se compararon los modelos mediante la prueba Q de Cochran y comparaciones por pares con la prueba de McNemar con corrección de Bonferroni.

Resultados: La precisión de los modelos aumentó de forma significativa con la disponibilidad de contexto: entre el 54,4 % y el 63,2 % sin contexto, entre el 88,3 % y el 97,1 % en el contexto de frase y entre el 91,2 % y el 98,8 % con el informe completo ($p = 0,0016$). ChatGPT obtuvo las mayores tasas de acierto en los tres niveles de contexto, seguido de Copilot y Gemini, mientras que Perplexity presentó el rendimiento más bajo. Se identificaron además deficiencias recurrentes en la calidad lingüística del español generado, especialmente en el uso de mayúsculas, acentuación y puntuación.

Conclusiones: Los modelos de IA muestran una alta capacidad para el descifrado contextualizado de siglas médicas en informes de cirugía vascular cuan-

do se dispone de suficiente contexto clínico. Estas herramientas pueden ser útiles como apoyo en la interpretación de documentación clínica vascular y en la comunicación entre profesionales, siempre bajo supervisión del especialista, especialmente en siglas polisémicas o de baja frecuencia.

PA 134. FEVAR IN FEVAR

Celia Ortega Rueda, Manuel Hernando Rydings, Manuela María Hernández Mateo, María Sánchez-Cantalejo Ferrer, Rocío Garralda Díaz de Lope Díaz, Isaac Martínez López
Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Objetivos: Describir el caso de una reparación de endoprótesis fenestrada (FEVAR) con endofuga IA mediante el empleo de una endoprótesis a medida.

Material: Varón frágil de 76 años en hemodiálisis intervenido en 2014 por AAA yuxtarenal de 55 mm implantándose endoprótesis a medida con tres fenestraciones y *scallop* para tronco celíaco, habiendo requerido varias reintervenciones a lo largo de los 10 años de seguimiento por endofugas de tipo II dependiente de ramas iliolumbares, tipo Ib dependiente de rama derecha y fractura de *stent* AMS con *relining* del mismo con *stent* balón-expandible.

Metodología: A pesar del éxito de las reintervenciones, durante el seguimiento se objetivó crecimiento del saco hasta 11 centímetros con aparición de endofuga tipo IA por lo que se decidió nueva reparación quirúrgica endovascular. Se diseñó una endoprótesis con rama para tronco celíaco y fenestración para AMS, ya que los 2 *stents* previos de la AMS protruían más de 5 mm dentro de la luz aórtica por lo que la reparación mediante una rama para esta arteria conllevaría una angulación excesiva del *stent* puente con el riesgo asociado de inestabilidad. Distalmente, la endoprótesis se expandió a 26 mm para lograr el sellado distal en el cuerpo de la endoprótesis previa. Mediante acceso percutáneo femoral bilateral y disección axilar izquierda, se embolizaron ambas arterias renales con AVP de 8 mm.

Posteriormente se implantó la endoprótesis a medida utilizando un introductor deflectable Tourguide 7 Fr para cateterizar la fenestración visceral, así como la AMS a través de los *stents* previos y se implantó un *stent* balón expandible 8 × 39 mm. La rama para el TC se cateterizó vía axilar izquierda y se implantó un *stent* balón expandible de 11 × 59 mm.

Resultados: El procedimiento se completó con éxito y sin endofugas de alto flujo en el control. El posoperatorio cursó favorablemente con angio TC de control a los 2 años con adecuada exclusión del saco aneurismático sin crecimiento del mismo.

Conclusiones: El tratamiento endovascular mediante endoprótesis a medida como rescate de tratamientos aórticos complejos fallidos durante el seguimiento es técnicamente posible, pero dada la elevada complejidad técnica es recomendable una elevada experiencia previa.

PA 246. TROMBOSIS DE ARTERIA CIÁTICA PERSISTENTE ANEURISMÁTICA COMO CAUSA INFRECUENTE DE ISQUEMIA DE MIEMBRO INFERIOR

Paula López García, Begoña Gonzalo Villanueva, Carlos Martínez Rico, Carolina Herranz Pinilla, Laura Gómez Martínez, Albert Castellà Durall, Elena Iborra Ortega
Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Objetivos: La arteria ciática persistente (ACP) constituye una anomalía anatómica infrecuente cuyas complicaciones pueden ser severas. El propósito de este estudio es presentar un caso de isquemia subaguda secundaria a trombosis de ACP aneurismática y revisar la literatura sobre su clasificación, manifestaciones clínicas y tratamiento.

Material: Descripción de un caso clínico y búsqueda de la literatura en la base de datos PubMed.

Metodología: Se presenta un caso clínico diagnosticado y tratado en nuestro centro, con revisión

de la historia clínica, pruebas de imagen y evolución a 3 meses. Se realizó una revisión narrativa de la literatura, seleccionando artículos relevantes.

Resultados: Varón de 49 años, con antecedentes de politraumatismo grave, que consultó por dolor progresivo en miembro inferior derecho, claudicación y episodios de dolor en reposo. Inicialmente orientado como dolor mecánico secundario al politraumatismo, reconsulta por persistencia de los síntomas. A la exploración presentaba pulso femoral con ausencia de pulsos poplíteos y distales, sin lesiones, con sensibilidad y movilidad conservadas. El angio TC confirmó una ACP aneurismática trombosada hasta región poplítea, con ramas glúteas colaterales permeables que recanalizaban vasos tibiales y peroneo. Se clasificó como tipo 2a de Pillet-Gauffre y de tipo IIIa de Ahn-Min. Pese a la trombosis extensa, la adecuada circulación colateral evitó la isquemia crítica. Se decidió manejo conservador con anticoagulación y antiagregación, con resolución clínica y ausencia de síntomas a los 3 meses.

Conclusiones: La ACP es una anomalía infrecuente (0,01-0,06 %) con elevada tasa de degeneración aneurismática (25-58 %), permaneciendo un 33 % de los pacientes asintomáticos. Posibles complicaciones incluyen isquemia y compresión del nervio ciático debido a su localización. Aunque existe una tendencia hacia el tratamiento endovascular, el acceso puede ser complejo, por lo que la estrategia debe individualizarse, siendo todavía relevantes la cirugía abierta y el manejo médico. En pacientes estables, sin isquemia crítica y con adecuada red colateral, el tratamiento médico puede constituir una alternativa segura y eficaz.

PA 60. ACTITUD TERAPÉUTICA ANTE LESIONES CONTENIDAS DE VENA CAVA INFERIOR EN POLITRAUMATISMOS

Manuel Santiago Elías, Marina Ansuátegui Vicente, Fausto René Romero Sarmiento, Víctor Martínez Vales, Alba Nájera Fernández, José Antonio González Fajardo
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Objetivos: Analizar la seguridad del manejo conservador en lesiones contenidas de vena cava inferior (VCI) secundarias a traumatismo penetrante abdominal, evaluando resultados a corto y medio plazo.

Material: Presentamos dos pacientes varones jóvenes (30 y 27 años) sin antecedentes relevantes, con lesiones penetrantes de VCI contenidas.

- Caso 1. Herida por arma de fuego periumbilical derecha. Angio TC: hematoma retroperitoneal con proyectil alojado en platillo inferior de L4, en contacto con VCI. Hemodinámicamente estable (TA 130/60 mmHg, FC 60 lpm). Hemoglobina 14,8 g/dL.
- Caso 2. Herida por arma blanca en mesogastrio tras intento autolítico. Angio TC: perforación ileal con sangrado activo, laceración de VCI con hematoma retroperitoneal contenido y sangrado de arteria lumbar. Hemodinámicamente estable (TA 136/67 mmHg, FC 94 lpm). Hemoglobina 13,8 g/dL.

Metodología: Ambos pacientes fueron intervenidos mediante laparotomía media exploradora urgente con participación de cirugía general y cirugía vascular.

- Caso 1. Exploración sistemática sin hallazgos de sangrado activo. Hematoma retroperitoneal estable. Decisión multidisciplinar (cirugía vascular-cirugía general) de actitud conservadora dado el riesgo de sangrado masivo por movilización del proyectil.
- Caso 2. Resección y anastomosis ileal. Hematoma retroperitoneal yuxtacava sin sangrado activo. Abordaje de VCI desestimado por estabilidad hemodinámica y alto riesgo quirúrgico.

Ambos casos: monitorización en UCI 48 h, realizándole angio TC de control a las 48 h al segundo paciente, y ambulatoriamente a los 5 meses al primer caso.

Resultados: Evolución posoperatoria satisfactoria en ambos casos. Estancia hospitalaria: 7 y 5 días, respectivamente. Angio TC de control: estabilidad del hematoma retroperitoneal, ausencia de pseudoaneurismas, fístulas arteriovenosas o trombosis de VCI. Seguimiento medio: 6 meses, sin complicaciones vasculares diferidas. Proyectil del caso 1 integrado en cuerpo vertebral sin migración, no recomendándose por parte de Neuroradiología retirada del proyectil.

Conclusiones: Las lesiones contenidas de VCI en politraumatismos representan un escenario clínico desafiante con escasa evidencia disponible. En pacientes hemodinámicamente estables o estabilizables, sin sangrado activo intraoperatorio, la actitud conservadora con monitorización estrecha puede ser segura, evitando la alta morbimortalidad asociada a la reparación de VCI en contexto traumático agudo (mortalidad reportada 30-50 %). La decisión debe individualizarse considerando riesgo-beneficio y experiencia del equipo.

PA 118. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE PSEUDOANEURISMA DE ARTERIA GASTRODUODENAL SECUNDARIA A CIRUGÍA DE WHIPPLE

María del Carmen Montoro Pacha, Óscar Gasulla Montardit, Patricia Sánchez Velázquez, Carme Llorc Pont, Ezequiel Paredes Mariñas, Laura Calsina Juscafresa
Hospital del Mar. Barcelona

Introducción y objetivos: La duodenopancreatectomía cefálica (DPC) o cirugía de Whipple es el tratamiento estándar de los tumores de cabeza de páncreas. Es una intervención compleja que implica una resección extensa y una reconstrucción posterior para lo cual es necesaria la desconexión de la arteria gastroduodenal. Entre sus complicaciones, la hemorragia, aunque poco frecuente, puede presentarse en el posoperatorio precoz o tardío. Los pseudoaneurismas secundarios a procesos inflamatorios locales representan la causa más habitual de sangrado y se localizan, generalmente, en arteria gastroduodenal o hepática. El diagnóstico y tratamiento precoz es fundamental, ya que el retraso diagnóstico se asocia a una elevada mortalidad.

Material: Varón de 82 años intervenido mediante DPC por neoplasia de cabeza de páncreas sin complicaciones inmediatas. Al mes de la intervención, es traído a Urgencias por cuadro de dolor abdominal, hematemesis franca y fiebre.

Metodología: A su llegada a Urgencias paciente con mal estado general, hipotensión y fiebre. Se realizaron angio TC descartando sangrado activo y endoscopia digestiva alta con abundantes coágulos en estómago y restos hemáticos en asa alimentaria y biliopancreática. Simultáneamente se inicia anti-bioterapia por sospecha de colangitis. Ante la persistencia de hematemesis, anemia y inestabilidad hemodinámica, se revisan las imágenes del TC, identificándose pseudoaneurisma en arteria hepática (coincidiendo con la zona de muñón de arteria gastroduodenal), indicándose su embolización.

Resultados: La arteriografía evidencia pseudoaneurisma del muñón de arteria gastroduodenal sin posibilidad anatómica para embolización selectiva, por lo que se decide exclusión mediante implantación de *stent* cubierto en arteria hepática común, consiguiendo la estabilización del paciente, sin presentar nuevos episodios hemorrágicos ni anemia. Se realizó angio TC de control que comprueba la correcta permeabilidad de la técnica y ausencia de infartos hepáticos.

Conclusiones: La hemorragia tardía tras la cirugía de Whipple es una complicación infrecuente pero grave, siendo el abordaje endovascular la técnica de elección diagnóstica y terapéutica. Hasta el momento, la embolización completa de la arteria hepática ha sido descrita como una opción en estos pacientes, siendo el fallo hepático fulminante su complicación asociada más grave. La opción de tratamiento mediante *stents* cubiertos puede minimizar esta complicación potencialmente fatal.

PA 153. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE HIPOPLASIA CONGÉNITA DE VENA CAVA

María Álamo Rodríguez, Manuel Ignacio Sánchez Nevárez, Irene Peinado Zanón, Ramiro Bozzi, Vicente Molina Nácher, Manuel Miralles Hernández
Hospital Universitari i Politècnic La Fe. València

Objetivos: Las malformaciones congénitas de la vena cava inferior son infrecuentes, pero predispo-

nen a trombosis venosa profunda (TVP) iliofemoral extensa y síndrome postrombótico (SPT) grave y, a menudo, no responden a medidas conservadoras. Se presenta un caso de hipoplasia de cava con SPT refractario y su manejo mediante tratamiento endovascular.

Material: Varón de 54 años con antecedentes de TVP femoral izquierda e hipoplasia de vena cava. Ha presentado TVP femoral izquierda en 2015. Consulta por edema, dolor, calambres, pesadez, induración cutánea, hiperpigmentación y eritema en miembro inferior izquierdo, así como varicocele. Escala Villalta: 12 puntos. En tratamiento con acenocumarol, rehabilitación y medias elásticas sin mejoría clínica.

Metodología: Se indicó tratamiento endovascular. Mediante flebografía y ultrasonido intravascular (IVUS), se realiza recanalización venosa e implantación de *stents* en vena cava inferior a nivel infrarrenal y suprarrenal y venas ilíacas comunes.

Resultados: La flebografía de control y IVUS confirmaron permeabilidad y correcta aposición de los *stents* en cava e ilíaco derecho. No se objetivó en la flebografía el contraste en eje izquierdo, pero en IVUS se descartó complicaciones y se observó abundante colateralidad por ramas iliolumbares. A nivel clínico, la sintomatología mejoró durante el seguimiento y la puntuación de Villalta descendió a 5 puntos. En el control ecográfico a 3 meses se objetivó permeabilidad de los *stents*, velocidades adecuadas y ausencia de trombo intraluminal; ejes femorales permeables. En el control a los 6 meses con angio TC se objetivó permeabilidad de los *stents* en cava e ilíacas.

Conclusiones: La corrección endovascular de la obstrucción venosa en pacientes con hipoplasia de la vena cava constituye una alternativa válida cuando el manejo conservador no resulta efectivo. En este caso, la intervención permitió restablecer el drenaje venoso, mejorando además la clínica de forma significativa, lo que subraya el valor de esta estrategia en contextos complejos e infrecuentes.

PA 188. COMPLICACIONES INFRECIENTES EN EL ANEURISMA AÓRTICO ROTO: LA FÍSTULA AORTOCAVA

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

Objetivos: El objetivo del actual trabajo es exponer una complicación infrecuente del aneurisma aórtico roto, así como una posible opción terapéutica.

Material: La fístula aortocava (FAC) es una complicación poco frecuente, pero con una elevada morbimortalidad, cuya incidencia varía entre un 1 a 6 % de los aneurismas complicados. La presentación clásica comprende: dolor abdominal, masa abdominal pulsátil y soplo continuo en hemiabdomen inferior. Ocasionalmente, la presencia de signos de congestión venosa e insuficiencia cardíaca de inicio agudo pueden sugerir el diagnóstico.

Metodología: Varón de 58 años, sin antecedentes personales de interés, acude a urgencias por astenia, hiporexia e impotencia funcional de ambos miembros inferiores. A nivel analítico destaca insuficiencia renal aguda prerrenal (Cr 2.42) con hiponatremia severa e hiperpotasemia leve, así como hipertransaminemia en rango de hepatitis asociada a coagulopatía moderada. Se realiza angio TAC que muestra aneurisma de aorta abdominal infrarrenal complicado con fístula aortocava que condiciona hiperflujo / congestión derecha.

Resultados: De manera emergente, se realiza implante de endoprótesis aórtica bifurcada precisando embolización de hipogástrica izquierda. En arteriografía de control impresiona de posible endofuga de tipo la tardía. Dado el estado del paciente y la persistencia de la fuga tras acomodar la endoprótesis con balón de remodelado, se decide finalizar el procedimiento y nuevo angio TAC en 24-48 horas. En control de imagen, se visualiza persistencia de endofuga, relleno del saco aneurismático a través de defecto entre vena cava inferior y saco aneuris-

mático. Tras estos hallazgos, y a pesar de la mejoría clínica se efectúa nueva intervención: por vía venosa femoral derecha, se cateteriza defecto en vena cava inferior y se realiza embolización parcial del saco aneurismático con *coils*, e implante de oclisor en el origen de la comunicación.

Conclusiones: Las publicaciones del tratamiento endovascular de la FAC son escasas y aunque sea una técnica menos agresiva, no está exenta de complicaciones, siendo la embolia pulmonar paradójica y las endofugas las más preocupantes. Planteamos el uso de un oclisor vascular en combinación con una endoprótesis bifurcada como una buena opción de tratamiento.

PA 214. ISQUEMIA ARTERIAL CRÓNICA ASOCIADA A ENFERMEDAD DE ERDHEIM-CHESTER: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Raquel Pérez Pérez, Nieves Aleicel Concepción Rodríguez, Verónica Morillo Jiménez, Ana Mayor Díaz, Álvaro Fernández Heredero
Hospital Universitario La Paz. Madrid

Objetivos: Presentar un caso de una complicación vascular secundaria a fibrosis periaórtica infrarrenal por enfermedad de Erdheim-Chester (EEC) y su manejo médico.

Material: La ECD es una histiocitosis del grupo Langerhans con una prevalencia de < 1/1 000 000 habitantes, inicialmente descrita en 1930. Se manifiesta como una infiltración xantogranulomatosa multisistémica que genera inflamación y fibrosis. El territorio aórtico es el más afectado (hasta en un 48 %), aunque excepcionalmente se asocia a degeneración aneurismática. La mayoría de pacientes presentan la mutación genética BRAF V600E, lo que ha permitido desarrollar tratamientos dirigidos.

Metodología: Presentamos un varón de 68 años, hipertenso, dislipémico, con lumbalgia crónica y portador de catéter doble J izquierdo por masa

retroperitoneal histológicamente compatible con EEC y con mutación BRAF V600E negativa. Consultan con cirugía vascular por encontrar, en angio TC de control, progresión de la fibrosis retroperitoneal, aneurisma de aorta infrarrenal (AAA) de 45 mm y compresión extrínseca severa que afecta a arteria ilíaca común izquierda y al origen de la arteria hipogástrica izquierda. Al interrogatorio el paciente refería historia de claudicación glútea izquierda a 20 metros. En la exploración, presentaba oclusión ilíaca ipsilateral con movilidad y sensibilidad conservadas. Presentaba un ITB 0,75 en el miembro afectado.

Resultados: Tras valorar el caso de forma multidisciplinar con Medicina Interna, considerando el origen extrínseco de la compresión/estenosis del eje ilíaco izquierdo y el diámetro fuera de rango quirúrgico del AAA, se opta por iniciar tratamiento médico exclusivamente. Para la clínica isquémica se recomienda ejercicio, se pauta cilostazol y analgesia si requiere. Por parte de Medicina Interna se inicia tratamiento con Trametinib, 0,5 miligramos cada 12 horas (que actúa inhibiendo las proteínas MEK1 Y MEK2, de la vía ERK). Ante la ausencia de la mutación BRAF V600, no se pauta terapia dirigida, siguiendo las recomendaciones de tratamiento en pacientes con mutación negativa. En la revisión a los 2 meses, el paciente se mantuvo estable, con mejoría leve de la distancia de claudicación glútea izquierda.

Conclusiones: La ECD es una entidad poco prevalente que produce fibrosis retroperitoneal periaórtica. En caso de afectación aortoiliaca, es fundamental el diagnóstico etiológico para ofrecer un tratamiento dirigido.

PA 230. SÍNDROME DE MAY-THURNER COMO CAUSA INFRADIAGNOSTICADA DE SÍNDROME POSTROMBÓTICO: SERIE DE CASOS Y RESULTADOS TRAS INTERVENCIÓN ENDOVASCULAR

María José Paredes Ruiz, Ángel Galindo Cordero, Elena Déniz Hernández, Agustín Medina Falcón, Efrén Martel Almeida, Guido Volo Pérez
Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria

Objetivos: Analizar a pacientes con diagnóstico previo de síndrome posttrombótico y sospecha de síndrome de May-Thurner, así como su evolución clínica tras tratamiento endovascular evaluada mediante la escala de Villalta.

Material: Se realizó un estudio observacional descriptivo tipo serie de casos en 5 pacientes mujeres con una mediana de edad de 55 años (rango 46-69) con diagnóstico de síndrome posttrombótico y sospecha clínica de síndrome de May-Thurner (SMT) valoradas en consulta desde enero de 2023 hasta enero de 2026.

Metodología: El diagnóstico de SMT se estableció en quirófano mediante flebografía y ultrasonografía intravascular (IVUS), objetivándose estenosis significativa (> 50 %) de la Vena Íliaca Común Izquierda (VICI) en la zona de compresión por la arteria íliaca común derecha. En el mismo acto quirúrgico se realizó recanalización, angioplastia y colocación de *stent* venoso autoexpandible. Se evaluaron síntomas a la semana, al mes y a los 6 meses tras la intervención.

Resultados: 3 de las 5 (60 %) pacientes fueron diagnosticadas de SMT, presentando las dos primeras una reducción de la puntuación del cuestionario Villalta de 15 a 3 puntos y de 16 a 4 puntos a la semana de la intervención, respectivamente. La tercera presentó trombosis precoz del *stent*, sin reducción significativa de la puntuación escala de Villalta (de 16 a 14 puntos). Tras la intervención la primera y segunda pacientes presentaron puntuaciones de 3 y 4 puntos al mes, y 6 y 7 puntos a los 6 meses, respectivamente.

Conclusiones: El estudio intraoperatorio mediante flebografía e IVUS en casos de sospecha de SMT permitió confirmar la presencia de obstrucción hemodinámicamente significativa de la VICI en el 60 % de pacientes, así como descartarlo en el 40 %. De los casos tratados, en el 66 % el abordaje endovascular se asoció con una mejoría clínica relevante, objetiva mediante una reducción de la puntuación en la Escala Villalta durante el seguimiento. Los resultados respaldan el papel del algoritmo diagnóstico invasivo en pacientes seleccionados y apoyan la necesidad

de una mayor sospecha diagnóstica de SMT, dado que puede tratarse de una entidad infradiagnosticada en la práctica clínica.

PA 41. DE HEMATOMA A URINOMA: DIAGNÓSTICO TARDÍO DE FÍSTULA ILIOURETERAL PRIMARIA TRAS REPARACIÓN ENDOVASCULAR DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL (AAA) ROTO

Irantzu Unzaga Rubio, Roger Frigola Castro, Malen Sukia Zufiria, Amaya Ramírez Cervera, Leopoldo Fernández Alonso, Esther Martínez Aguilar
Hospital Universitario de Navarra. Pamplona

Objetivos: Presentar un caso excepcional de fístula ilioureteral primaria que permaneció oculta por un hematoma retroperitoneal desenmascarado en el posoperatorio tardío tras aneurisma de aorta abdominal (AAA) roto.

Material: Presentación de un caso clínico.

Metodología: Revisión retrospectiva de la historia clínica y revisión de la literatura.

Resultados: Varón de 73 años que acude a Urgencias por disnea de reposo, taquipnea, hipotensión y dolor dorso-lumbar intenso, asociando claudicación intermitente de progresión reciente. En angio TC urgente se objetiva rotura de AAA con voluminoso hematoma retroperitoneal e inestabilidad hemodinámica. Se realiza intervención quirúrgica urgente, mediante colocación de endoprótesis aórtica bifurcada y embolización de arteria íliaca interna izquierda. El paciente permanece ingresado en UCI 20 días por *shock* mixto hemorrágico, vasopléjico y séptico de origen urinario, con bacteriemia por *Proteus*. Tras su resolución es trasladado a un centro de media estancia para rehabilitación. Dos meses más tarde, reingresa por sospecha de endofuga, objetivándose en TC voluminosa colección retroperitoneal izquierda, con realce periférico, compatible con hematoma conocido, que ha aumentado de tamaño y densidad respecto a estudios previos. Esta desplaza an-

teriormente el riñón izquierdo, engloba y comprime el uréter izquierdo, produciendo ureterohidronefrosis izquierda grado II/IV. Se decide punción de la colección para drenaje y toma de muestra. La bioquímica del líquido drenado resulta compatible con orina, confirmando el diagnóstico de urinoma, con cultivo negativo. Se realiza nefrostomía por parte del servicio de Urología. Se revisa TAC que se hizo en la UCI donde se objetiva pequeña fuga de contraste en fase tardía desde uréter a saco de aneurisma ilíaco, confirmando la sospecha de fístula ilio-ureteral primaria. La secuencia sugiere un hematoma inicial que contenía una fístula ureteroaneurismática (por contacto prolongado del saco ilíaco con uréter izquierdo). El urinoma se manifestó según se fue reabsorbiendo ese hematoma. En el seguimiento tras retirada de nefrostomía, se objetiva resolución de la colección previa sin datos de sobreinfección.

Conclusiones: El caso es excepcional en la literatura revisada porque la fístula primaria quedó “enmascarada” por el hematoma del AAA roto, siendo un diagnóstico muy difícil de sospechar inicialmente. El tratamiento conservador mediante derivación urinaria puede ser efectivo en pacientes seleccionados, evitando reintervenciones de alto riesgo.

PA 44. SÍNDROME DE CASCANUECES: TRANSPOSICIÓN DE VENA RENAL IZQUIERDA ASISTIDA POR ROBOT

Fernando Benito Mira, Estefanía San Ginés Bahillo, Arturo Ferreiro-Mazón García-Plata, Lucía Real Lora, Lucas Álvarez García, Manuel Javier Vallina Victorero
Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón, Asturias

Objetivos: El síndrome de cascanueces es una entidad rara que afecta a menos del 0.3 % de la población. Actualmente el tratamiento quirúrgico es el manejo principal de esta patología. Existen dos posibilidades: cirugía abierta o endovascular. En cuanto a la cirugía abierta, ofrece mejores resultados a largo plazo que la endovascular, pero es una alternativa más agresiva y requiere una recuperación más lenta del paciente.

Material: Presentamos el caso de una paciente mujer de 26 años derivada a nuestro servicio por hallazgo de pinzamiento de vena renal izquierda en TC solicitado por estudio de hematuria e ITU de repetición.

Metodología: Se realiza de manera programada la transposición de vena renal izquierda asistida por robot.

Resultados: El procedimiento transcurre sin incidencias y la paciente es dada de alta a las 72 horas. En revisiones posteriores la paciente presenta remisión de la clínica con permeabilidad de vena renal izquierda en eco Doppler.

Conclusiones: En nuestra experiencia, la transposición de vena renal izquierda asistida por robot es una técnica poco invasiva que presenta buenos resultados, menor dolor posoperatorio y una recuperación más rápida en casos seleccionados. No obstante, son necesarios más estudios con un mayor número de pacientes para una evaluación más precisa de esta modalidad de tratamiento relativamente innovadora.

PA 68. DESAFIANDO LOS LÍMITES DEL TIEMPO: VIABILIDAD PARENQUIMATOSA Y RESCATE FUNCIONAL TRAS REVASCULARIZACIÓN ENDOVASCULAR EN ISQUEMIA RENAL AGUDA PROLONGADA

Tamara de Francisco Torres, Sabrina Alejandra Morcillo Gelstein, Víctor Manuel Lozano Bouzón, Álvaro Vidal Ortiz, Sofía Simón Bellón, José Ramón March García
Hospital Universitario de Getafe. Getafe, Madrid

Objetivos: Demostrar la viabilidad del rescate del parénquima renal mediante intervención endovascular en casos de isquemia renal aguda prolongada, desafiando los límites temporales de 12-24 horas establecidos tradicionalmente en las guías clínicas de tratamiento en esta patología.

Material: Varón de 77 años con antecedentes de hipertensión, DL, fibrilación auricular anticoagulada

con Sintrom y *bypass* aortobifemoral en agosto de 2025 por AAA. Acudió a urgencias por dolor en flanco izquierdo de 3 días de evolución. Analíticamente, presentó un deterioro de la función renal con un filtrado glomerular (FG) de 50 (siendo el basal > 90). El TAC de aorta confirmó una oclusión de la arteria renal izquierda (ARI) por un trombo subagudo de 20 mm, asociada a edema renal e hipodensidad corticomedular y parenquimatosa.

Metodología: Se realizó una revascularización endovascular de urgencia mediante acceso humeral izquierdo. El procedimiento incluyó trombectomía mecánica con sistema de aspiración (PENUMBRA) con buen resultado posterior, pero con necesidad de implante de *stent* recubierto VBX de 6 × 27 en la ARI. tras angiografía final se comprobó excelente resultado morfológico posterior.

Resultados: Se obtuvo un éxito técnico excelente con restauración de la perfusión renal. En el posoperatorio inmediato, el FG descendió transitoriamente hasta 18 de manera paulatina en el contexto de la cirugía y el uso de contrastes iodados y deshidratación renal, sin embargo, el paciente mostró una recuperación progresiva en los días posteriores, logrando estabilizar la función renal con un FG de 77; 12 días después de la cirugía.

Conclusiones: Este caso demuestra que es posible la salvación del parénquima renal incluso ante isquemias agudas superiores a las 24 horas. Los resultados sugieren que las técnicas endovasculares permiten ampliar la ventana terapéutica actual, cuestionando las limitaciones temporales estrictas que aseveran las guías clínicas vigentes.

PA 86. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO ASISTIDO CON NEUROMONITORIZACIÓN DE UN ANEURISMA VERDADERO DE LA ARTERIA FACIAL

María Mascaró Óliver, Alba León Jorba, Delia Paola Ceballos Sáenz, Juan Luis Martínez Pérez, Mar Abadal Jou, Alina Velescu
Hospital del Mar. Barcelona

Objetivos: Los aneurismas verdaderos de la arteria facial son entidades excepcionales (nueve casos descritos). El tratamiento puede ser quirúrgico o endovascular, este último asociado a más complicaciones. La cirugía abierta conlleva riesgo de lesión del nervio facial debido a la proximidad anatómica de sus ramas. Se presenta un caso de resección abierta de un aneurisma verdadero aterosclerótico de la arteria facial asistida mediante neuromonitorización intraoperatoria del nervio facial, como estrategia para minimizar el riesgo neurológico.

Material: Varón de 79 años, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia y portador de marcapasos por bloqueo auriculoventricular completo, que consultó por una masa indolora y pulsátil en la región submandibular derecha de 2-3 meses de evolución, sin antecedente traumático ni cirugía previas.

Metodología: El diagnóstico se realizó mediante angio TC cervical, que evidenció un aneurisma de la arteria facial derecha de 18 mm localizado en la región submaxilar.

Resultados: Se realizó la escisión quirúrgica del aneurisma bajo una neuromonitorización intraoperatoria continua del nervio facial consistente en potenciales evocados motores corticobulbares, electromiografía de actividad espontánea y mapeo puntual con estimulador bipolar, que permitieron la identificación de la rama mandibular marginal durante la resección. Inicialmente, se identificó el aneurisma sin visualización directa del nervio; sin embargo, durante la disección del borde craneal se registraron descargas electromiográficas breves, lo que obligó a realizar una disección particularmente cuidadosa del saco aneurismático en dicho plano, identificándose tras la resección del mismo la rama mandibular marginal íntegra. La evolución posoperatoria fue favorable, presentando únicamente un hematoma periincisional leve y autolimitado, sin déficit neurológico. El estudio anatomopatológico confirmó la presencia de un aneurisma verdadero aterosclerótico.

Conclusiones: El aneurisma verdadero de la arteria facial es una causa infrecuente de masa submandibular pulsátil. La neuromonitorización del nervio

facial constituye una estrategia clave para la identificación y preservación de las ramas nerviosas y la minimización de complicaciones neurológicas durante la resección del aneurisma.

PA 104. DIAGNÓSTICO DE SEROMA INTRASACO EN SEGUIMIENTO DE ENDOPRÓTESIS BIFURCADA

Marina Gracia Sobradíel, Gabriel Cristian Inaraja Pérez, Alejandra Vázquez Tolosa, Iván Andrés Higuera Jaramillo, Eva María Martín Herrero, Abel Vélez Lomana
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

Objetivos: Presentar la técnica empleada para el diagnóstico y drenaje de un seroma intrasaco que simulaba una endofuga.

Material: El material de estudio estuvo constituido por un paciente de 72 años atendido en nuestro centro.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo tipo caso clínico, retrospectivo y observacional de un paciente atendido por nuestro servicio.

Resultados: Varón de 72 años, con antecedentes de tabaquismo, diabetes *mellitus* tipo 2 y resección intestinal, intervenido en nuestro centro en 2019 por aneurisma de aorta abdominal mediante la colocación de endoprótesis bifurcada y plastia femoral izquierda con parche de pericardio bovino. Durante el seguimiento con prueba de imagen (angio TAC) se objetiva crecimiento del saco aneurismático de hasta 107 mm, con controles previos de 94 mm. El paciente es intervenido de manera programada, cateterizando el saco y extrayendo 160 cm³ de material líquido oscuro, sellando la puerta de entrada con una extensión ilíaca. El resultado del cultivo fue negativo. Actualmente, paciente en seguimiento pendiente de realización de gammagrafía con leucocitos y PET-TAC.

Conclusiones: El crecimiento del saco aneurismático exige un diagnóstico diferencial, y aunque

las endofugas son la causa más frecuente, hay que descartar que sea un seroma periprotésico. Las causas de dicha colección son desconocidas, y se cree que puede ser un ultrafiltrado del plasma o una reacción a cuerpo extraño al material protésico.

PA 119. MÁS ALLÁ DEL ACCESO FEMORAL: LIMITACIONES DEL ACCESO BRAQUIAL Y ABORDAJE RETRÓGRADO DISTAL COMO TÉCNICA DE RECURSO

Irina Gallardo Moix, Miquel Gil Olaria, Montserrat Esturrica Duch, Claudia Riera Hernández, Mireia Cabot Paredes, Pere Altés Mas
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona

Objetivos: Describir un caso de revascularización endovascular compleja con patología multinivel (ilíaca-femoral-poplítea-distal), con ausencia de accesos femorales y limitaciones técnicas por acceso braquial, condicionando estrategia terapéutica y requiriendo abordaje distal, siguiendo la técnica PRESTO.

Material: Varón de 78 años, exfumador, con antecedentes de hipertensión, diabetes *mellitus* tipo 2 y cardiopatía isquémica. En 2022, presentó arteriopatía ocluyente estadio IV (Fontaine) en miembro inferior derecho, con afectación multisectorial. Se intentó *bypass* aortobifemoral, pero la ausencia de vasos receptores adecuados y la mala evolución obligaron a amputación supracondílea derecha. En noviembre de 2025, consulta por isquemia crítica de pierna izquierda, con mal control del dolor y lesiones digitales. La tomografía computarizada (TC) con contraste mostró estenosis preoclusivas a nivel iliofemoral y oclusión completa en femoral superficial, sin recanalización distal.

Metodología: Dada la ausencia de accesos femorales para el abordaje, se optó por un acceso percutáneo humeral izquierdo. La arteriografía confirmó los hallazgos de la TC. Se realizó recanalización anterógrada hasta tercera porción poplítea y preparación del eje ilíaco y femoral común mediante litotricia

y balón liberador de fármaco (Paclitaxel) como tratamiento definitivo. Sin embargo, la longitud de la oclusión de la arteria femoral superficial, junto con la distancia inherente al acceso braquial, impidió que la longitud del sistema de liberación del *stent* alcanzara la lesión diana. Esto evidenció la limitación del abordaje braquial en lesiones largas y según las características antropométricas del paciente. Ante esta situación, se decidió realizar un abordaje percutáneo retrógrado desde tercera porción poplítea, permitiendo la predilatación y colocación de tres *stents* Pulsar®, preservando el ostium de femoral superficial. Se completó el procedimiento con angioplastia de troncos distales.

Resultados: El paciente fue dado de alta sin complicaciones inmediatas. Al mes, los segmentos tratados seguían permeables y las lesiones cutáneas con evolución favorable.

Conclusiones: En pacientes con enfermedad arterial multinivel y sin opción de abordajes femorales, el acceso braquial puede representar una alternativa inicial. No obstante, en lesiones largas femoropoplíteas, la longitud limitada de los dispositivos puede impedir un tratamiento completo desde ese abordaje. El acceso retrógrado poplíteo permite superar limitaciones técnicas; facilitando la revascularización completa en escenarios anatómicos complejos.

PA 174. USO INTRAOPERATORIO DE ECOGRAFÍA INTRAVASCULAR EN EL MANEJO QUIRÚRGICO DE UNA FÍSTULA ARTERIOVENOSA POPLÍTEA SECUNDARIA A ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA: CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Ángel Galindo Cordero, Sofía Hernández Pérez, Lia Postius Echeverri, Marcela Patricia Acosta Silva, Serguei de Varona Frolov, Guido Volo Pérez
*Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.
Las Palmas de Gran Canaria*

Objetivos: Presentar el manejo quirúrgico de una fístula arteriovenosa (FAV) poplítea secundaria a

artroplastia total de rodilla en la que la ecografía intravascular (IVUS) se empleó como herramienta intraoperatoria para delimitar con precisión la zona de comunicación arteriovenosa, y analizar el papel potencial de IVUS en la cirugía vascular periférica compleja.

Material: Varón de 46 años, fumador, con antecedentes de hernia de hiato y microadenoma hipofisario, remitido por FAV poplítea tras artroplastia total de rodilla derecha realizada en otro centro. Presentaba dolor, edema crónico, varices laterales y frémito palpable en fosa poplítea. El eco Doppler, la angio TC y la arteriografía selectiva confirmaron la FAV poplítea, pero la identificación exacta de la zona de comunicación se veía limitada por artefactos protésicos.

Metodología: La heterogeneidad de diámetros entre el tercer segmento de la arteria poplítea (7,9 mm) y la arteria tibial anterior (3,8 mm) desaconsejó el tratamiento endovascular por falta de un segmento adecuado de anclaje. Se planificó un abordaje abierto guiado por IVUS, avanzando el catéter a lo largo del eje poplíteo-tibial.

Resultados: La IVUS permitió caracterizar en tiempo real la morfología del segmento afecto, localizar la zona de comunicación arteriovenosa y medir con precisión los diámetros arteriales, facilitando una exposición más limitada y dirigida. Se realizó ligadura selectiva de las venas tibiales anteriores en el nivel de la FAV, preservando los ejes arteriales principales. La oclusión de la fístula se confirmó por desaparición del frémito venoso poplíteo y mantenimiento del pulso pedio. El posoperatorio fue favorable, con alta a las 48 horas y resolución completa de los síntomas al mes.

Conclusiones: La IVUS intraoperatoria puede aportar un valor añadido en el tratamiento quirúrgico de FAV periféricas complejas, especialmente cuando los artefactos de material protésico limitan la utilidad de la imagen convencional. Su uso permite una localización más precisa, una disección menos extensa y potencialmente una reducción del tiempo quirúrgico y de las complicaciones. Se precisan series amplias para definir su impacto clínico y coste-efectividad.

PA 207. RESCATE DE EXTREMIDAD EN ISQUEMIA CRÍTICA TRAS FRACASO ENDOVASCULAR MÚLTIPLE: REVASCULARIZACIÓN DISTAL COMPLEJA Y COBERTURA MICROQUIRÚRGICA

Regina Callejón Baño, Sara Rioja Artal, Begoña Gonzalo Villanueva, Josep Oriol Bermejo Segú, Albert Castellà Durall, Elena Iborra Ortega
Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Objetivos: Presentar un caso de isquemia crítica de la extremidad inferior con múltiples fracasos endovasculares, resuelto mediante cirugía de revascularización distal compleja y técnicas de cirugía plástica reconstructiva, evitando la amputación mayor.

Material: Paciente de 68 años fumadora y diabética, diagnosticada de isquemia crítica grado IV de la extremidad inferior derecha, con necrosis extensa digital y dolor en reposo. El estudio cartográfico evidenció oclusión poplítea y arteriopatía severa de troncos distales.

Metodología: Se realizó tratamiento endovascular inicial mediante recanalización de arteria poplítea, tronco tibioperoneo y tibial anterior por abordaje combinado femoral y pedio (retrógrado), con resultado angiográfico satisfactorio y recuperación de pulso pedio. A las dos semanas presentó oclusión precoz, realizándose *bypass* femoropedio con injerto compuesto de vena safena interna invertida bilateral. Como complicación presentó dehiscencia de la herida dorsal del pie con exposición del *bypass* y sobreinfección local. Se decidió realizar una cirugía combinada con cirugía plástica. Durante la cirugía se evidenció ruptura del injerto que obligó a recambiar el segmento dañado por vena cefálica. Se realizó la cobertura mediante colgajo radial con anastomosis arterial en el *bypass* pedal y anastomosis venosa en vena tibial anterior.

Resultados: El posoperatorio cursó sin incidencias, con *bypass* funcional, pulso pedio palpable y colgajo viable.

Conclusiones: En pacientes con isquemia crítica compleja y fracaso endovascular, la cirugía de revascularización distal continúa siendo una opción eficaz para el rescate de la extremidad. La colaboración multidisciplinar con cirugía plástica permite resolver complicaciones locales graves, evitando la amputación mayor incluso en escenarios de alta complejidad.

PA 239. SÍNDROME DE KASABACH-MERRIT LIKE EN ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Tania Bustamante Apaza, Alba Méndez Fernández, María Rey Bascuas, Cristian Rojas Molina, Santiago Valencia Arredondo
Hospital Clínico Universitario de Santiago. Santiago de Compostela, A Coruña

Objetivos: Presentar el caso de un paciente con síndrome de Kasabach-Merritt *like* en aneurisma de aorta abdominal, tratado en nuestro mediante reparación endovascular.

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

Metodología: Revisión de la literatura relativa a síndrome de Kasabach-Merritt *like* en aneurismas entre 2000 y 2025. Descripción de los métodos diagnóstico y tratamiento.

Resultados: Varón de 80 años independiente, con antecedentes de esclerosis valvular aórtica, remitido por aparición progresiva de hematomas y petequias, analítica inicial con trombopenia moderada > 50 000 p/q/mc y con coagulopatía compatible con coagulación intravascular diseminada (CID). El TAC mostro un aneurisma de aorta abdominal infrarrenal de 7,4 cm con trombo mural y sangrado intratrombo, considerado causa probable de CID, tras realizar estudio minucioso descartando infecciones, neoplasias y hemopatías. El paciente recibió tratamiento durante más de una semana con unidades de plasma fresco congelado, vitamina K y fibrinógeno,

hasta obtener niveles óptimos de coagulación, momento en el que fue intervenido de exclusión del aneurisma. Mediante de implante de endoprótesis aortoiliaca ramificada más embolización de hipogástrica. Obteniendo como resultado resolución de la coagulopatía, hasta valores dentro de la normalidad.

Conclusiones: Un aneurisma de aorta abdominal (AAA) grande, especialmente cuando continentemente un trombo mural, puede producir una CID, por activación constante de la coagulación dentro del saco aneurismático. El resultado es una formación continua de microtrombos intraluminales del aneurisma. Este proceso consume fibrinógeno, plaquetas y factores de coagulación, generando una CID crónica. Si además si hay sangrado intratrombo o ulceración del aneurisma, la activación se intensifica y puede hacerse aguda o descompensada, con manifestaciones hemorrágicas. Este fenómeno se conoce clásicamente como "CID asociada a aneurisma aórtico" o "síndrome de Kasabach-Merritt *like* del aneurisma". Se ha documentado en múltiple series y revisiones y se estima que hasta el 5-10 % de los aneurismas aórticos grandes, pueden desarrollar cierto grado de CID. La CID secundaria a aneurisma aórtico, no se resuelve con hemoterapia o transfusiones aislada; solo mejora de forma definitiva tras la reparación quirúrgica del aneurisma.

PA 248. TÉCNICA OFF-THE-SHELF EN PACIENTE CON ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL ROTO CON EVAR PREVIO

Alicia Fernández Pérez, Lucía Real Lora, Arturo Ferreiro-Mazón García-Plata, Fernando Benito Mira, Estefanía San Ginés Bahillo, Lucas Álvarez García, Andrés Álvarez Salgado
Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón, Asturias

Objetivos: Presentamos el caso de un paciente con un aneurisma abdominal roto habiendo excluido el aneurisma previamente mediante endoprótesis infrarrenal. La progresión de la enfermedad a nivel proximal causó una caída de la endoprótesis generando una endofuga de tipo I y la consecuente rotu-

ra del saco. Los diámetros del cuello no permitirán el sobredimensionamiento del 30-40 % recomendado para la técnica ChEVAR.

Material: Varón de 82 años que acude a Urgencias con inestabilidad y dolor abdominal intenso. En sus antecedentes figuraba haber sido intervenido de EVAR hace 3 años por un AAA en rango quirúrgico.

Metodología: En angio TC se diagnostica la rotura del saco aneurismático con desplazamiento distal del cuerpo de la endoprótesis y la falta de sellado proximal. Con estos datos se decide intervención emergente.

Resultados: Dado que el cuello proximal tenía longitud de 2 mm y un diámetro de 35, no tendríamos opción de sobredimensionar el cuerpo de la endoprótesis para amoldar dos chimeneas a las renales con correcto sellado, y dada la inestabilidad del paciente no había tiempo para realizar una PMEG. En este caso se ideó como alternativa sobredimensionar el diámetro de los *stents* renales de las chimeneas en su segmento aórtico proximal a 14 mm. El procedimiento se realizó según el *planning* consiguiendo el sellado aneurismático sin evidencia de endofugas intraoperatorias. El paciente evolucionó favorablemente. En angio TC de control a los 6 meses no se aprecian endofugas con reducción del saco.

Conclusiones: Las técnicas *off-the-shelf* están recomendadas como técnicas de recurso en casos urgentes cuando no existen alternativas standard. Nos parece interesante el sobredimensionado no solo del cuerpo principal de la endoprótesis para conseguir el sellado proximal. No obstante, se hace necesario el tener *stents* cubiertos balón-expandibles que permitan esta sobredimensión.

PA 61. MANEJO MULTIDISCIPLINAR DE DISECCIÓN AÓRTICA DE TIPO A CON ANEURISMA ABDOMINAL CONCOMITANTE

Víctor Martínez Valiente, Gonzalo Bueno Casanovas, Claudio Fernández Gallego, Elísabet Berastegui García, Candela Otero Martínez, Mireia Cabot Paredes, Pere Altes Mas
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona

Objetivos: Describir el manejo diagnóstico y terapéutico de pacientes con disección aórtica aguda asociada a aneurisma de aorta abdominal concomitante, analizando la estrategia quirúrgica secuencial entre cirugía cardíaca y cirugía vascular.

Material: Se presenta el manejo de un caso de disección aórtica con aneurisma de aorta complejo tratado mediante cirugía cardíaca urgente seguida de reconstrucción aórtica abdominal diferida por parte de cirugía vascular.

Metodología: Paciente masculino de 59 años que debuta con disección aórtica de tipo A extensa. El angio TC inicial muestra un aneurisma abdominal concomitante de 68 mm. Con origen de luz falsa del tronco celiaco, renal izquierda y mesentérica inferior; renal izquierda e ilíaca derecha hipoperfundidas. Se realiza de forma emergente sustitución de aorta ascendente mediante tubo de dacrón por parte de cirugía cardíaca con circulación extracorpórea. Tras estabilización clínica y reevaluación mediante angio TC posoperatorio, se muestra aneurisma de 70mm con disección asociada permeable y reperfusión de renal izquierda e ilíaca derecha. El caso se discute en comité multidisciplinar consensuando un intervalo de 4 meses para favorecer la estabilización de la lámina disecada, e indicando reconstrucción aórtica abdominal programada mediante *bypass* aortobifemoral.

Resultados: Se practicó *bypass* aórtico a femorales comunes bilaterales con apertura del saco aneurismático y reconstrucción del cuello proximal mediante septotomía de la lámina intimal. A nivel proximal se suturó un refuerzo con banda teflonada. El posoperatorio transcurrió sin incidencias. El angio TC de control confirmó permeabilidad del *bypass* y estabilidad de las reparaciones, sin signos de complicaciones.

Conclusiones: El abordaje escalonado de la disección aórtica tipo A con afectación aneurismática abdominal requiere una estrategia terapéutica coordinada entre los equipos de cirugía cardíaca y vascular. El cierre proximal de la disección favorece en muchos casos la reperfusión de territorios comprometidos. Así mismo la reconstrucción aórtica abdominal mediante septotomía de la lámina intimal y refuerzo con banda teflonada se presenta como una técnica eficaz para mejorar

la estabilidad y durabilidad de la anastomosis en una aorta estructuralmente debilitada. El manejo multidisciplinar y la planificación secuencial del tratamiento permiten obtener resultados favorables en pacientes con compromiso de la integridad aórtica.

PA 85. LESIONES DE ARTERIA AXILAR ASOCIADAS A FRACTURAS DE HÚMERO PROXIMAL O LUXACIONES. REVISIÓN DE CASOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

María Mascaró Óliver, Marc López Rubio, Juan Luis Martínez Pérez, Carme Llorc Pont, Jan Martínez Lozano, Laura Calsina Juscafresa
Hospital del Mar. Barcelona

Objetivos: Las lesiones de arteria axilar suponen un 5-10 % de lesiones vasculares traumáticas. Pueden requerir abordajes complejos con una morbimortalidad del 5-39 %. Los traumatismos de hombro (fracturas del cuello del húmero o luxaciones anteriores) son frecuentes, pero las lesiones arteriales secundarias aparecen en < 1 % de casos. Existen 3 tipos de lesión: 1) daño directo de pared arterial, 2) daño intimal y 3) lesión por avulsión de colaterales. La manifestación clínica habitual es hemorragia o isquemia aguda. Presentamos 3 casos de lesión de arteria axilar asociados a fractura proximal de húmero y la estrategia terapéutica escogida en función de la lesión.

Material: Tres pacientes atendidos entre enero de 2024 y enero de 2026 con lesión traumática de arteria axilar secundaria a fractura/luxación de hombro.

Metodología:

- *Caso 1.* Mujer, 79 años, con fractura bifocal de húmero tras caída. Ausencia de pulsos tras reducción cerrada. Angio TC muestra disección focal de primera porción de arteria axilar con oclusión focal. Se implanta *stent* autoexpandible, recuperando pulsos inmediatamente.
- *Caso 2.* Varón, 34 años, politraumatizado tras atropello, con fractura-luxación proximal de húmero y amputación abierta de antebrazo. Angio TC evidencia disección, sección parcial de arteria axilar y lesión por avulsión de arteria circunfleja con trom-

bosis de arteria humeral. Se realiza reparación de la disección, trombectomía humeral y parche de pericardio bovino recuperando pulso humeral.

- **Caso 3.** Mujer, 58 años, con antecedente de *bypass* subclavio-axilar con vena safena interna previo, atendida por luxación de prótesis humeral e isquemia aguda. Arteriografía con oclusión completa de arteria axilar con repermeabilización a nivel humeral. Se realiza *bypass* axilohumeral con vena femoral superficial por ausencia de venas superficiales aptas.

Resultados: Los tres casos logran revascularización eficaz sin complicaciones. En el seguimiento, las técnicas permanecen permeables y en 2 casos existe déficit neurológico secundario a lesión de plexo braquial.

Conclusiones: La lesión axilar debe sospecharse ante ausencia de pulsos tras traumatismo de hombro, incluso tras reducción ortopédica. El tratamiento debe individualizarse: el abordaje endovascular es útil en lesiones cortas, mientras que la cirugía abierta y la reconstrucción son preferibles en lesiones complejas o crónicas. La coordinación multidisciplinaria es clave para optimizar resultados.

PA 157. PSEUDOANEURISMA CAROTÍDEO ROTO TRAS ENDARTERECTOMÍA CON PARCHÉ PROTÉSICO: CIRUGÍA DE RESCATE EN PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO

Rolando Antonio Báez de la Rosa, Sofía García Bello, Cristina Serrallé Mallo, Elena Gallego Romero, José Luis Durán Mariño
Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo

Objetivos: Describir un caso excepcional de pseudoaneurisma carotídeo roto secundario a infección protésica tras endarterectomía carotídea, destacando la dificultad diagnóstica en un paciente oncohematológico y el manejo quirúrgico urgente con reconstrucción autóloga como estrategia de rescate vital.

Material: Varón de 60 años, exfumador e hipertenso, en seguimiento oncológico por linfoma cutáneo. Cuatro meses antes había sido intervenido mediante endarterectomía carotídea derecha con parche de da-

crón por estenosis sintomática del 75 % de arteria carótida interna tras ictus isquémico. Consultó por febrícula, malestar general y aumento progresivo de tumoración laterocervical derecha, inicialmente atribuida a progresión de su enfermedad neoplásica. Durante el ingreso en Hematología presentó deterioro clínico brusco.

Metodología: TC urgente evidenció pseudoaneurisma carotídeo derecho de 44 × 54 × 70 mm con signos de rotura contenida y desplazamiento crítico de la vía aérea. Se realizó cirugía emergente con resección completa del pseudoaneurisma y retirada del material protésico infectado. Se efectuó reconstrucción mediante interposición de vena yugular anterior entre carótida común y carótida interna, asociando ligadura de carótida externa.

Resultados: Se consiguió éxito técnico con restablecimiento del flujo carotídeo y control hemorrágico. El cultivo del parche aisló *Staphylococcus aureus*. El posoperatorio inmediato cursó sin complicaciones vasculares ni nuevo déficit neurológico.

Conclusiones: El pseudoaneurisma carotídeo infeccioso tras endarterectomía es una complicación infrecuente pero devastadora. En pacientes oncohematológicos puede presentarse como masa cervical simulando progresión tumoral, retrasando el diagnóstico. La sospecha precoz es primordial y la resección completa del material protésico con reconstrucción venosa autóloga constituye una estrategia eficaz en escenarios de extrema gravedad.

PA 77. REPARACIÓN ENDOVASCULAR DE LA COARTACIÓN AÓRTICA DE UN ADULTO MEDIANTE STENT AÓRTICO BALÓN EXPANDIBLE: UNA ESTRATEGIA TÉCNICA BASADA EN LAS PARTICULARIDADES DE UN CASO CLÍNICO

Pablo Javier Salvaré Heikel¹, Kerbi Alejandro Guevara Noriega^{1,2}, Javier Ramírez Ruiz¹, Raquel Chávez Abiega¹, Oriol Demestre i Garcia¹, María Teresa Solanich Valldaura¹

¹*Consorci Sanitari Parc Taulí. Sabadell, Barcelona.*

²*Hospital Universitari de Mataró. Mataró, Barcelona.*

Introducción y objetivos: La coartación de la aorta (CoAo) en el adulto puede permanecer clínicamente silente gracias al desarrollo de circulación colateral; sin embargo, la hipertensión proximal persistente se asocia a un mayor riesgo neurológico y aórtico. El objetivo es describir una estrategia endovascular individualizada para el tratamiento de la CoAo en el adulto, destacando la interpretación hemodinámica, la valoración del riesgo y las decisiones técnicas orientadas a minimizar complicaciones mayores.

Material: Paciente adulto de 51 años con antecedentes de hipertensión arterial de difícil control, dislipemia, hiperuricemia y antecedente de ictus hemorrágico secundario a rotura de aneurisma intracraneal. En el contexto de hipertensión persistente se diagnosticó coartación de la aorta torácica. Dado el elevado riesgo neurológico y aórtico, se indicó tratamiento endovascular.

Metodología: Se realizó reparación endovascular bajo control ecocardiográfico transesofágico. Se implantó un *stent* aórtico balón-expandible Be-Graft® de 18 × 40 mm, con *flare* proximal y distal (22/20 mm), en una aorta de 24 mm de diámetro. Se evitó de forma deliberada la expansión completa hasta el diámetro teórico del vaso, con el objetivo de reducir el riesgo de rotura aórtica y disección retrógrada, priorizando la reducción del gradiente hemodinámico frente a la normalización anatómica completa.

Resultados: El gradiente invasivo disminuyó de 25 mmHg a 5 mmHg tras el procedimiento. El gradiente ecocardiográfico descendió de 40 mmHg a 9 mmHg. Se objetivó mejoría de los índices tobillo-brazo en el seguimiento al mes. No se registraron complicaciones intraoperatorias ni posoperatoria precoces.

Conclusiones: La reparación endovascular de la coartación aórtica en el adulto mediante *stent* aórtico balón expandible permite obtener excelentes resultados hemodinámicos y clínicos precoces. La valoración individualizada del riesgo neurológico y de disección/ruptura aórtica (en lesiones crónicas),

junto con una estrategia técnica prudente que evite la sobreexpansión agresiva, resulta clave para optimizar la seguridad del procedimiento. La integración de datos anatómicos, hemodinámicos y clínicos es esencial para el manejo eficaz de la CoAo en el adulto.

PA 113. CLAUDICACIÓN NEURÓGENA SECUNDARIA A SÍNDROME DE LERICHE CRÓNICO

Juan Luis Martínez Pérez, Meritxell Mellado Joan, Ángel Javier Ois Santiago, Sara Ibáñez Pallares, Laura Calsina Juscafresa
Hospital del Mar. Barcelona

Objetivos: La oclusión aórtica terminal constituye una entidad poco frecuente en la actualidad. Su presentación clásica incluye claudicación, disfunción eréctil y ausencia de pulsos femorales. La afectación neurológica es excepcional y, cuando se describe, ocurre casi exclusivamente en el contexto de oclusiones aórticas agudas, manifestándose como paraparesia o paraplejia de instauración brusca. No existen descripciones de isquemia medular crónica secundaria a oclusión aórtica terminal.

Material: Paciente mujer de 60 años, exfumadora y con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia y espondilitis. Consulta por clínica de 2 años de evolución inducida por el esfuerzo en forma de parestesias glúteas con progresión proximal-distal en miembros inferiores, entumecimiento global de tren inferior, debilidad bilateral progresiva con algún episodio de pérdida de fuerza y más recientemente episodios de incontinencia urinaria. Asintomática en reposo, con limitación funcional severa y abandono progresivo de la actividad física.

Metodología: La exploración mostró, más allá de una ausencia de pulsos, atrofia muscular sin déficit motor focal relevante, hipoestesia táctil con alodinia, abolición de sensibilidad vibratoria distal, sensibilidad profunda conservada, hiperreflexia en extremidad inferior izquierda y con reflejo cutáneo plan-

tar flexor bilateral. EMG previo normal y RM lumbar sin estenosis significativas ni correlación clínica suficiente. Ante la relación con el esfuerzo se sospechó origen vascular. La ecografía Doppler y el angio TC evidenciaron oclusión completa de la aorta abdominal terminal con extensa circulación colateral femoral.

Resultados: Se realizó *bypass* aortobifemoral estándar junto a trombectomía de aorta terminal, por debajo de la anastomosis proximal. A lo largo del posoperatorio, presentó resolución progresiva de la clínica neurológica. Al año de la cirugía, la paciente realiza hasta 12 000 pasos diarios, sin debilidad ni alteraciones esfinterianas, persistiendo únicamente leve atrofia muscular residual.

Conclusiones: La isquemia medular crónica constituye una presentación clínica excepcional de la oclusión aórtica terminal. Su resolución tras la revascularización confirma el origen isquémico y su reversibilidad, ampliando el espectro clínico del síndrome de Leriche y la importancia de su correcto diagnóstico.

PA 225. "PATAS Y TAPONES": UN TRATAMIENTO ENDOVASCULAR "ESPECIAL" EN UN ANEURISMA INFRARRENAL CON DISECCIÓN ASOCIADA

Fernando Miguel Franch Oviedo¹, Isaac Martínez López², Afnan Abdelkader Abu-Sneimeh¹, Noelia Alonso Gómez¹, Victoria García-Prieto Bayarri¹, Antonio Martínez Izquierdo¹

¹Hospital Central de La Defensa Gómez Ulla. Madrid.

²Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Introducción y objetivos: La disección aislada de aorta abdominal infrarrenal es una entidad poco frecuente, representa menos del 1-1,5 % de todas las disecciones aórticas. Tradicionalmente la cirugía abierta fue el tratamiento de referencia, actualmente, el abordaje endovascular se ha consolidado como una alternativa segura y eficaz en pacientes seleccionados. Presentamos un caso

de disección de aorta infrarrenal asociada a dilatación aneurismática con cuello hostile, tratada endovascularmente.

Material: Mujer de 66 años con antecedentes de hipertensión arterial, colecistectomía y carcinoma ductal infiltrante de mama tratado mediante tumorectomía izquierda y linfadenectomía, pendiente de quimioterapia y radioterapia.

Metodología: La paciente acude a nuestra consulta derivada desde oncología por hallazgo en PET-TC en estudio de extensión: aneurisma de aorta abdominal de 60 mm que no afecta a las ilíacas, con cuello de 25 mm de longitud y diámetro estrecho entre 11-13 mm con una disección que comienza distal al cuello con pequeña puerta de entrada, que se extiende hasta ambas ilíacas externas, con reentrada en tercio proximal y afectación de hipogástrica izquierda. La paciente se encontraba asintomática desde el punto de vista vascular. Tras angio TAC reglado y dada la situación oncológica actual se decide exclusión endovascular, tratando el aneurisma con endoprótesis en la luz falsa y embolización de luz verdadera en ambas ilíacas comunes.

Resultados: Abordaje femoral bilateral. Implante en primer lugar de pata Excluder PLC20100 (extremo proximal de 16 mm) inmediatamente infrarrenal que se extiende por luz falsa hasta aorta distal. Posteriormente *double-barrell* con dos patas Excluder que se liberan de manera simultánea y a la misma altura dentro de pata previa y con sellado distal en ilíacas comunes proximal a bifurcación ilíaca. Posteriormente, embolización con Amplatzer AVP2 de luz verdadera en ambas ilíacas comunes. Aortograma de control: correcta exclusión, sin fugas de alto flujo, fuga de tipo 2, permeabilidad de renales y ambas hipogástricas que se rellenan de forma retrógrada desde reentrada en ilíaca externa. Buen resultado clínico y radiológico, con angio TAC con correcta exclusión, fuga tipo 2 desde AMi y permeabilidad de hipogástricas.

Conclusiones: En aneurismas con disección asociada de aorta e ilíacas el tratamiento endovascular es factible, si bien se debe asociar la embolización a las endoprótesis aorto-ilíacas.

PA 17. EXCLUSIÓN ENDOVASCULAR DE ÚLCERA DE CAYADO AÓRTICO MEDIANTE ENDOPRÓTESIS FENESTRADA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Eva Álvarez García, Sergio Asensio Rodríguez, Sandra Pérez Fernández, Carlos Manuel García Padrón, M.^a Isabel Rivera Rodríguez, M.^a Lourdes del Río Solá
Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid

Objetivos: Describir el tratamiento endovascular de una úlcera de cayado aórtico mediante endoprótesis fenestrada.

Material: Revisión de historia clínica, así como de pruebas complementarias de un paciente tratado en nuestro centro.

Metodología: Varón de 69 años con antecedentes de dislipemia, exfumador, ictus vertebro basilar y arteritis de células gigantes. Hallazgo casual en escáner de úlcera en cayado aórtico a nivel de salida de arteria subclavia izquierda. Se planificó una estrategia quirúrgica en dos tiempos: *bypass* carótido-subclavio izquierdo y oclusión proximal de la arteria subclavia; y en un segundo tiempo, implante de endoprótesis *semi-custom made* Najuta, de la compañía SB-Kawasumi, con fenestraciones a tronco braquiocéfálico y carótida izquierda y anclaje en zona cero. Liberación controlada con marcapasos temporal. Abordaje por disección femoral y humeral derechas.

Resultados: Posterior a la primera cirugía, que se realiza sin complicaciones, requiere de intervención precoz por hematoma cervical sin evidenciarse punto de sangrado. Durante la segunda cirugía se produce rotura de arteria ilíaca externa derecha que obliga a realizar reparación de la misma mediante endoprótesis cubierta e injerto iliofemoral derecho. A los ocho días de la cirugía se objetiva salida de contenido intestinal a través de herida quirúrgica inguinal, que requiere cirugía urgente por perforación de íleon terminal. Posoperatorio tórpido en unidad de reanimación por hematomas con anemia

secundarios a déficit de factor XIII. Asimismo, infección de herida quirúrgica inguinal que requiere de retirada de injerto iliofemoral y realización de *bypass* extraanatómico axilopoplíteo a primera porción de poplíteo. Posterior cierre inguinal por segunda intención. Durante su estancia en planta presenta cuadro coronario compatible con infarto agudo tipo 2 tratado de manera conservadora. Respecto a la patología aórtica, en TAC de control exclusión correcta de la úlcera aórtica con permeabilidad de todos los troncos supraaórticos.

Conclusiones: La endoprótesis con fenestración es una opción de tratamiento para patología del arco aórtico sin requerir el abordaje de los troncos supraaórticos. No obstante, no está exenta de complicaciones que requieren de un manejo multidisciplinar y un estudio preoperatorio exhaustivo del paciente.

PA 75. GLOMANGIOMA EXTRADIGITAL EN ANTEBRAZO: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO. REPORTE DE UN CASO

Francina Rocamora Horrach, Agustín Mínguez Bautista, Krystell Daniela Escoto Theodoracopoulos, Ainhoa Figuérez Marcos, Inés Castillo Díaz, Pascual Lozano Vilardell
Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca

Objetivos: Describir un caso de glomangioma extradigital en antebrazo, analizar su presentación clínica y radiológica, destacando la relevancia de su diagnóstico precoz y su potencial comportamiento agresivo.

Material: Paciente varón de 66 años que consulta por masa dolorosa en la cara medial del antebrazo, con dolor intenso y calambres al mínimo contacto.

Metodología: Se realiza ecografía Doppler (DUS) y resonancia magnética (RM).

Resultados: La DUS reveló una masa bien delimitada y vascularizada, en relación con la vena basí-

lica. La RM mostró una lesión subcutánea nodular, hiperintensa en T2 y con realce tras contraste, sin infiltración muscular ni ósea. Dada la clínica y hallazgos radiológicos, se indica exéresis quirúrgica completa bajo anestesia local. El análisis histológico confirma glomangioma: tumor bien circunscrito, altamente vascularizado, con células glómicas perivasculares positivas para calponina y actina de músculo liso, sin signos de malignidad. La evolución ha sido favorable, con resolución del dolor en el posoperatorio inmediato.

Conclusiones: La revisión bibliográfica confirma la rareza de esta localización y el frecuente retraso diagnóstico (hasta décadas). El glomangioma extradigital es una entidad poco frecuente pero clínicamente relevante, que puede causar dolor intenso y deterioro funcional significativo. La sospecha clínica sigue siendo clave, ya que las pruebas de imagen son orientativas, pero no diagnósticas. Es importante incluirlo en el diagnóstico diferencial de masas dolorosas de miembro superior por su posible comportamiento agresivo, ya que se han descrito glomangiomas extradigitales recurrentes y de potencial maligno. La exéresis quirúrgica completa es el tratamiento de elección y permite tanto el alivio sintomático como la confirmación histológica.

PA 82. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE VENA CAVA EN EL MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE EN HEMODIÁLISIS: SERIE DE CASOS

Samuel Pérez Suárez, Pilar Caridad Morata Barrado, Íñigo Calvo Larraz, Beatriz García Fresnillo, Julio Reina Barrera, Mercedes Guerra Requena
Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara

Objetivos: El desarrollo de lesiones obstructivas en la vena cava en pacientes en hemodiálisis (HD) puede comprometer su último acceso vascular. Presentamos una serie de casos intervenidos en nuestro servicio mediante tratamiento endovas-

cular (TEV) de vena cava superior (VCS) y/o vena cava inferior (VCI) con compromiso del acceso vascular.

Material: Se incluyen cuatro pacientes en HD intervenidos entre 2021 y 2025. Dos pacientes se dializaban por catéter yugular (CY), otro por catéter peritoneal y el cuarto por CY tras trombosis de FAV húmero-axilar izquierda. Todos presentaban disfunción del acceso. Además, dos pacientes desarrollaron clínica compatible con síndrome de VCS. Las lesiones tratadas fueron: estenosis de VCS en dos casos asociadas a estenosis del tronco braquiocefálico derecho, y vena subclavia en uno de ellos; estenosis severa de VCS y VCI en el tercer caso y oclusión de VCS y VCI en el restante.

Metodología: *Abordaje:* punción de vena basilica en un caso; de vena femoral común en otro; a través del catéter de HD disfuncionante en vena yugular derecha (YD) en otro paciente. En el último caso acceso combinado femoral-YD (*through-through*) mediante punción femoral y abordaje quirúrgico abierto de vena YD. En todos se realizó angioplastia, con colocación de dos *stents* en dos pacientes (Wallstent® y Abre®, respectivamente) y un *stent* Wallstent® en cada uno de los dos restantes. Se asoció recambio o recolocación del CY previo en dos pacientes, e implantación de catéter (uno en vena subclavia y otro en yugular) en los restantes. Además, en un paciente se asoció la realización de FAV radiocefálica.

Resultados: Tras la intervención, todos pudieron realizar HD mediante catéter y no se registraron complicaciones perioperatorias destacables. Seguimiento mediano de 6 meses, constatándose permeabilidad de los *stents*. Dos pacientes en espera de trasplante renal. Una paciente falleció por sepsis secundaria a gangrena de Fournier.

Conclusiones: El TEV de VCS y/o VCI constituye una opción eficaz para preservar la permeabilidad de accesos vasculares en pacientes sin otras alternativas, prolongando la supervivencia y optimizando el manejo clínico. Esto refuerza el papel de la cirugía endovascular como herramienta en el tratamiento integral del paciente en hemodiálisis.

PA 136. ÚLCERA AÓRTICA PENETRANTE Y HEMOPTISIS: SOSPECHA DE FÍSTULA AORTOBRONQUIAL TRATADA MEDIANTE REPARACIÓN ENDOVASCULAR TORÁCICA

Arturo Ferreiro-Mazón García-Plata, Fernando Benito Mira, Alicia Fernández Pérez, Luis Ángel Suárez González, Andrés Álvarez Salgado, Manuel Javier Vallina-Victorero Vázquez
Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón, Asturias

Objetivos: La fístula aortobronquial es una entidad infrecuente pero potencialmente mortal, caracterizada por la comunicación anómala entre la aorta torácica y el árbol bronquial, cuya manifestación clínica más habitual es la hemoptisis. Analizamos el caso de un paciente con episodio de hemoptisis franca y hallazgo de úlcera aórtica penetrante, tratado mediante endoprótesis torácica (TEVAR).

Material: Varón de 60 años, sin hábitos tóxicos, con antecedente de rotura traumática de aorta abdominotorácica intervenida hace más de 20 años mediante interposición de injerto de 20 mm. Además, antecedente reciente de bronquiectasias cilíndricas con episodios de hemoptisis. Acude a Urgencias por hemoptisis franca y es ingresado para estudio.

Metodología: Durante el ingreso en Neumología se realizó broncoscopia sin hallazgos de sangrado activo ni lesiones endobronquiales. Se completó el estudio con angio TC de aorta, identificándose una úlcera aórtica penetrante asociada a una lesión de partes blandas nodular, adyacente a la aorta torácica descendente y en contacto con un bronquio del segmento apical del lóbulo inferior izquierdo. Dada la clínica y los hallazgos radiológicos, y ante la sospecha de fístula aortobronquial, se indicó tratamiento urgente mediante reparación endovascular torácica, utilizando ecografía intravascular (IVUS) para una correcta localización de la úlcera y del hematoma mural.

Resultados: El procedimiento se completó con éxito y sin complicaciones intraoperatorias, comprobándose la correcta aposición de la endoprótesis y la exclusión de la úlcera penetrante mediante angio-

grafía e IVUS. Los TC de control posoperatorios evidenciaron una disminución del tamaño de la lesión de partes blandas adyacente a la aorta. El paciente no volvió a presentar nuevos episodios de hemoptisis franca.

Conclusiones: La fístula aortobronquial, aunque infrecuente, debe considerarse ante un cuadro de hemoptisis con alta sospecha clínica y radiológica de patología aórtica. La reparación endovascular urgente constituye una opción terapéutica segura y eficaz, permitiendo excluir la lesión y controlar el sangrado.

PA 141. TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS VENOSA CENTRAL EN ACCESOS VASCULARES DISFUNCIONANTES

Marina Navarro Sáez, Blanca Expósito Camacho, Miguel Ignacio Herrero Camacho, Ignacio Querol Cisneros, Sandra Vicente Jiménez, Miguel Gutiérrez Baz, Luis de Benito Fernández
Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón, Madrid

Objetivos: Las estenosis venosas centrales (EVC) pueden provocar disfunción del acceso vascular en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC), además de clínica de Síndrome de Vena Cava Superior (SVCS), y se asocian a la colocación previa de catéteres venosos centrales (CVC). El objetivo del estudio fue evaluar la permeabilidad del acceso vascular tras el tratamiento de la EVC en accesos disfuncionantes.

Material: Estudio descriptivo y retrospectivo que incluyó seis pacientes con ERC portadores de accesos vasculares, diagnosticados de EVC entre octubre de 2017 y diciembre de 2025 mediante fistulografía.

Metodología: Se analizaron variables clínicas (desarrollo de SVCS o disfunción del acceso por presiones elevadas), anatómicas (localización y grado de estenosis u oclusión central, punto de acceso endovascular) e intervencionistas (angioplastia o implantación de *stent*, incidencia de reestenosis y permeabilidad del acceso vascular).

Resultados: De los seis pacientes evaluados, 66 % eran varones, con edad media $59 \pm 15,3$ años, todos previamente portadores de CVC. De los seis casos, un paciente desarrolló SVCS y cinco presentaron disfunción del acceso, asociando en dos de ellos edema en miembro superior. La intervención inicial en los seis casos consistió en la revascularización endovascular mediante angioplastia de alta presión, asociando implante de *stent* central en tres pacientes diagnosticados de oclusión o estenosis crítica en VCS o TBC, mediante acceso venoso femoral. La mediana de seguimiento fue 28,5 meses. Se objetivó disfunción del acceso vascular por reestenosis central en cuatro pacientes, principalmente en los primeros 12 meses. Todos fueron reintervenidos mediante angioplastia, asociando implante de *stent* solapado en un caso, a través de punción del PTFE. Actualmente, cinco pacientes mantienen acceso vascular funcionando, con resolución completa de la sintomatología en el paciente con SVCS.

Conclusiones: El tratamiento endovascular de las EVC ha permitido mantener la permeabilidad y funcionalidad de todos los accesos vasculares incluidos en nuestro estudio, asegurando la continuidad de las sesiones de hemodiálisis a través del acceso existente, y reduciendo la necesidad de colocación de CVC.

PA 144. ¿CÓMO EVITAR LA ISQUEMIA MEDULAR? UN RETO QUIRÚRGICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Agustín Decouvette Sureda, Ana Cristina Marzo Álvarez, Noemí Hidalgo Iranzo, Jorge Álvarez Gómez, Inés Torres Nieto, Ana Cristina Fernández-Aguilar Pastor
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

Objetivos: Analizar las medidas neuroprotectoras tomadas para prevenir la isquemia medular en un caso complejo con cobertura amplia de la aorta torácica y abdominal.

Material: Varón de 73 años, hipertenso, diabético tipo II, dislipémico, con insuficiencia renal crónica, linfoma no Hodgkin en remisión completa y endarterectomía carotídea bilateral previa (2015 y 2017).

Metodología: En 2021 se diagnosticó aneurisma abdominotorácico bilobulado asintomático (69 mm suprarrenal, 54 mm infrarrenal), obstrucción de ílica externa izquierda con permeabilidad de hipogástrica izquierda. Se realizó estrategia de estadiaje: primer tiempo cirugía TEVAR y BEVAR; segundo tiempo (colocación de drenaje preoperatorio): se completa la exclusión de la parte abdominal mediante implante de endoprótesis aortobilíaca con rama contralateral hacia la hipogástrica izda. (preservación de perfusión pélvica), utilizando *stents* cubiertos balón expandibles cubiertos para poderlos implantar desde abordaje humeral, cubriendo la longitud desde el divisor de flujo del aortobilíaco hasta la hipogástrica izquierda. En seguimiento se detectaron endofuga de tipo IA proximal y tipo IIIb en rama de tronco celíaco por fractura de *stent*. Se interviene, colocación de drenaje LCR electivo e implante de endoprótesis con rama la subclavia izda. (preservación de red de colaterales) e implante de *stent* cubierto en rama del tronco celiaco. En todos los procedimientos se realizó optimización hemodinámica exhaustiva.

Resultados: A pesar de la extensa cobertura torácica (zona 2 a 10-11), el paciente no desarrolló déficits neurológicos tras ninguna intervención. Como complicación inmediata en el último procedimiento, presentó isquemia aguda de miembro inferior derecho, resuelta mediante trombectomía femoropoplítea y endarterectomía femoral con parche, con recuperación completa del pulso distal.

Conclusiones: En aneurismas abdominotorácicos extensos, la protección medular debe entenderse como una estrategia multimodal, combinando reparación escalonada, drenaje selectivo de LCR en pacientes de mayor riesgo y preservación de colaterales y circulación pélvica. Este enfoque permitió evitar paraplejía en un escenario anatómico complejo, demostrando que la planificación estratégica puede ser determinante.

PA 163. AGENESIA DE VENA CAVA INFERIOR ASOCIADA A ENFERMEDAD DE BEHÇET Y TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA DE REPETICIÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO

Carlos Hernández Obando, Rodrigo Fernández González, Esther Castillo Mañas, David Vargas Larriva, Marta González Fernandes, José Raúl García Casas
Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. Pontevedra

Objetivos: Presentar el caso de un varón de 51 años con agenesia de vena cava inferior (VCI), enfermedad de Behçet y trombofilia por Factor V Leiden heterocigoto, que desarrolló trombosis venosa profunda (TVP) recurrente en miembro inferior derecho. Se destaca el manejo conservador exitoso de esta compleja asociación de patologías.

Material: Varón de 51 años, sin hábitos tóxicos, con antecedentes de enfermedad de Behçet, trombofilia por factor V Leiden heterocigoto y agenesia de vena cava inferior confirmada por TC. Presentaba múltiples episodios de trombosis venosa profunda en miembro inferior derecho desde 2006.

Metodología: Se instauró manejo conservador con anticoagulación crónica (acenocumarol), compresión elástica estricta y presoterapia. Se realizaron procedimientos selectivos mínimamente invasivos sobre el sistema venoso superficial (esclerosis dirigida, miniflebectomía y cirugía conservadora tipo CHIVA). El seguimiento incluyó controles clínicos, eco Doppler seriado y TC de control para valoración anatómica y hemodinámica.

Resultados: Tras varios años de seguimiento, el paciente se mantiene clínicamente estable. No presenta úlceras en miembros inferiores ni episodios de varicorragia. Los controles eco Doppler seriados confirman permeabilidad y compresibilidad del sistema venoso profundo, sin nuevos episodios de TVP. La TC de control evidencia persistencia de la agenesia de VCI con prominencia de venas ilíacas externas y abundante circulación colateral estable a través del sistema ácidos/hemiácidos y venas lumbares.

La exploración física objetiva dermatitis ocre crónica en miembro inferior derecho sin zonas de alto riesgo hemorrágico.

Conclusiones: La agenesia de VCI es una causa infrecuente pero relevante de TVP recurrente en adultos jóvenes, especialmente cuando coexiste trombofilia hereditaria y enfermedad inflamatoria sistémica. La combinación de anticoagulación prolongada, compresión elástica estricta y tratamiento selectivo mínimamente invasivo de varices permite controlar la sintomatología, prevenir la ulceración y reducir el riesgo de nuevos eventos trombóticos. Este caso subraya la importancia de identificar anomalías congénitas del retorno venoso en pacientes con TVP recurrente para optimizar el manejo conservador a largo plazo y evitar procedimientos agresivos sobre un sistema venoso alterado.

PA 169. DESAFÍOS EN EL MANEJO A LARGO PLAZO DE LAS COMPLICACIONES ANEURISMÁTICAS SECUNDARIAS A TRAUMATISMO VASCULAR PERIFÉRICO POR PERDIGONES: PRESENTACIÓN DE UN CASO INFRECLENTE

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

Objetivos: Los traumatismos vasculares periféricos por perdigones son lesiones poco comunes, pero potencialmente graves, que pueden dar lugar a una serie de complicaciones a largo plazo, entre las cuales se incluye la formación de aneurismas en la localización de la lesión vascular, representando, por lo tanto, un desafío clínico importante. Nuestro objetivo consiste en presentar un caso poco frecuente de dilatación aneurismática de la arteria femoral superficial (AFS), tras la formación de fístulas arteriovenosas (FAV) secundarias a traumatismos por perdigones.

Material y métodos: Se describe el caso de un paciente de 70 años con antecedente de traumatismo

por múltiples perdigones en el año 1980. Posteriormente, se observa la formación de dos FAV a nivel de la transición femoropoplíteo en el miembro inferior izquierdo, con degeneración aneurismática posterior. En 2015, se excluyen las FAV mediante la colocación exitosa de dos *stents* recubiertos. Sin embargo, ocho años después, durante el seguimiento, se detecta la desconexión de los *stents* y la dilatación de la AFS hasta 29 mm, confirmada mediante ecografía y angio TAC.

Resultados: El paciente ingresó de manera programada en noviembre de 2023 para la reparación del aneurisma de la AFS mediante la realización de un *bypass* femoropoplíteo distal izquierdo con vena safena interna *in situ*. Además, se realiza ligadura de la AFS y de la arteria poplíteo para excluir las FAV. El procedimiento transcurre sin incidencias, y en la revisión posquirúrgica el paciente se encontraba asintomático desde el punto de vista vascular.

Conclusiones: Este caso resalta la importancia del reconocimiento y el manejo oportuno de las complicaciones aneurismáticas secundarias a traumatismos vasculares periféricos por perdigones. Se destaca, por lo tanto, la necesidad de un seguimiento a largo plazo para evaluar la eficacia del tratamiento y detectar cualquier complicación tardía. Además, es importante la selección adecuada de las técnicas terapéuticas para mejorar los resultados clínicos y reducir las complicaciones a largo plazo en estos pacientes.

PA 179. REPARACIÓN PERCUTÁNEA DE PUNCIÓN IATROGÉNICA DE ARTERIA SUBCLAVIA DERECHA MEDIANTE DISPOSITIVO DE CIERRE VASCULAR

Pablo Javier Salvaré Heikel¹, Albert Martínez Toiran¹, Kerbi Alejandro Guevara Noriega^{1,2}, María Marcet Recolons¹, Oriol Demestre i García¹, María Teresa Solanich Valldaura¹

¹*Consorci Sanitari Parc Taulí. Sabadell, Barcelona.*

²*Hospital Universitari de Mataró. Mataró, Barcelona*

Objetivos: La canulación arterial inadvertida durante la colocación de un catéter venoso central (CVC) en territorio subclavio constituye una complicación potencialmente grave, especialmente en pacientes críticos con alto riesgo hemorrágico o trombótico. El objetivo es describir el manejo diagnóstico y terapéutico de la punción iatrogénica de la arteria subclavia con catéter de gran calibre, destacando la estrategia técnica y la toma de decisiones en un paciente con elevada comorbilidad.

Material: Varón de 80 años ingresado en UCI por *shock* séptico con bacteriemia por *Staphylococcus aureus*, ictus cardioembólico en contexto de fibrilación auricular no anticoagulada y antecedente reciente de hemorragia subaracnoidea traumática que contraindica anticoagulación sistémica. Durante intento de canalización venosa subclavia derecha se introdujo accidentalmente un catéter de 7 Fr en la arteria subclavia. A las horas presentó frialdad y pérdida de pulso radial en extremidad superior derecha, compatible con isquemia aguda secundaria a trombosis pericatóter y embolización distal.

Metodología: La ecografía Doppler evidenció permeabilidad arterial con visualización intraluminal del catéter con trombo adherido. El angio TC confirmó la posición arterial dirigida hacia la arteria axilar, sin extravasación ni pseudoaneurisma y la trombosis radial distal. Ante la imposibilidad de compresión ecoguiada y la contraindicación de anticoagulación plena, se consensuó tratamiento endovascular. Mediante anestesia locorregional, sedación y heparinización local se realizó acceso humeral retrógrado con colocación de guía de seguridad intraluminal, una segunda guía para el cambio de CVC por catéter 7F y cierre percutáneo del punto de punción subclavio mediante dispositivo MynxGrip®, finalmente se realizó embolectomía distal. El procedimiento se realizó bajo control angiográfico y ecográfico.

Resultados: Se logró el cierre completo de la lesión arterial sin evidencia de fuga en el control angiográfico. Se objetivó recuperación de la perfusión distal y desaparición de los signos clínicos de isquemia aguda.

Conclusiones: La punción iatrogénica de la arteria subclavia con catéter de gran calibre constituye una urgencia vascular que requiere diagnóstico precoz y estrategia individualizada. El abordaje endovascular con guía de seguridad y cierre percutáneo puede representar una alternativa segura a la cirugía abierta en pacientes críticos seleccionados, especialmente cuando la compresión directa no es factible y el riesgo hemorrágico es elevado.

PA 197. RECONSTRUCCIÓN DEL EJE PORTAL MEDIANTE INJERTO AUTÓLOGO DE VENA ESPLÉNICA EN CIRUGÍA PANCREÁTICA COMPLEJA

David Alejandro Vargas Larriva, José Raúl García Casas, Rodrigo Fernández González, Marta González Fernandes, Esther Castillo Mañas, Carlos Sebastián Hernández Obando
Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. Pontevedra

Objetivos: Describir la reconstrucción del eje portomesentérico mediante injerto autólogo de vena esplénica en el contexto de duodenopancreatectomía total con esplenectomía por adenocarcinoma de cabeza de páncreas tras tratamiento neoadyuvante.

Material: Paciente previamente independiente diagnosticado de adenocarcinoma ductal de cabeza de páncreas tras estudio por ictericia obstructiva. El TC inicial mostró masa de 4,4 cm con contacto aproximado del 25 % con la confluencia portomesentérica, sin afectación arterial. La ecoendoscopia con PAAF confirmó adenocarcinoma ductal (pMMR). Se colocó prótesis biliar metálica y se inició tratamiento neoadyuvante con mFOLFIRINOX. Tras completar la neoadyuvancia, el TC evidenció reducción tumoral significativa, sin contacto arterial, pero persistencia de estenosis e infiltración de la confluencia portomesentérica y del tercio proximal de la vena mesentérica superior, con desarrollo de circulación colateral. Se indicó resección quirúrgica con intención curativa.

Metodología: Se realizó laparotomía subcostal bilateral. Tras descartar enfermedad a distancia, se objetivó infiltración tumoral de la vena porta en la confluencia con la vena esplénica. Se practicó duodenopancreatectomía total asociada a esplenectomía. La decisión de realizar esplenectomía permitió disponer de la vena esplénica como conducto autólogo para la reconstrucción vascular. Se efectuó resección segmentaria del eje portal y reconstrucción mediante injerto interpuesto de vena esplénica, con anastomosis término-terminal con adecuada permeabilidad tras el desclampaje. Debido a inestabilidad hemodinámica intraoperatoria, se difirió la reconstrucción digestiva, realizándose cierre abdominal temporal y completándose en un segundo tiempo con hepaticoyeyunostomía en Y de Roux y reconstrucción digestiva definitiva.

Resultados: La reconstrucción vascular mostró adecuada permeabilidad intraoperatoria y en el posoperatorio inmediato. La evolución fue favorable, sin complicaciones tromboticas, hemorrágicas ni disfunción hepática. Se instauró anticoagulación terapéutica precoz, con recuperación clínica progresiva.

Conclusiones: La reconstrucción del eje portal mediante injerto autólogo de vena esplénica, aprovechando la esplenectomía planificada, constituye una opción segura y eficaz en cirugía pancreática compleja. Esta estrategia evita el uso de material protésico y amplía los criterios de reseabilidad vascular en pacientes seleccionados.

PA 9. ANEURISMAS VISCERALES

Lydia Rosa Rodríguez Rodríguez, Noemi Ortega Hernández, Marina Magán Taravilla, Laura Costa Pérez, Francisco Javier Molina Herrero, Gracia Perfecta Rodríguez Feijóo
Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. Ourense

Objetivos: Los aneurismas arteriales viscerales son una entidad poco frecuente con una prevalencia del 0,1-2 %, de los cuales < 0,5 % son dependientes

de la arteria mesentérica superior y sus ramas, siendo estos ligeramente más frecuentes en hombres. Hasta un tercio de los pacientes con esta patología, presentan aneurismas en arterias concomitantes. Se trata de una patología silente, pero con posibilidad de evolución fatal por riesgo de rotura.

Material: Presentamos el caso de una mujer de 75 años, hipertensa, sin otros antecedentes de interés que está siendo estudiada por posible colelitiasis.

Metodología: Tras la realización de varias pruebas de imagen, se observan dos aneurismas dependientes de la arteria pancreatoduodenal inferior, un tercero dependiente de la arteria pancreatoduodenal superior, y un cuarto aneurisma dependiente de la arteria esplénica.

Resultados: Se decide en sesión clínica la embolización de la arcada aneurismática (arcada pancreatoduodenal), con colocación de prótesis tipo *flow-divertir* por Radiología Intervencionista. Horas después la paciente comienza con náuseas, dolor abdominal e hipotensión, realizándosele un angio TC urgente con diagnóstico de trombosis del procedimiento endovascular y de la arteria mesentérica superior. Se decide intervención quirúrgica urgente realizando un *bypass* aortomesentérico superior. Tras una semana con muy buena evolución posquirúrgica, la paciente presenta dolor abdominal epigástrico, náuseas y vómitos realizándose un nuevo angio TC urgente en el que se visualiza trombosis completa del *bypass* aortomesentérico. Se decide nueva intervención quirúrgica urgente realizando un nuevo *bypass* aortomesentérico con anastomosis en la mesentérica más distal a la previamente realizada. Tras la reintervención, la paciente evoluciona de forma favorable clínicamente. Presentó, como complicación posquirúrgica, un linfocele posquirúrgico en pared abdominal tratado con drenaje y terapia de presión negativa, siendo alta el 28.º día posoperatorio.

Conclusiones: Los aneurismas viscerales, concretamente de la arcada pancreatoduodenal se asocian frecuentemente a la estenosis del tronco celíaco. Son una patología poco frecuente, silentes o aso-

ciados a síntomas atribuibles a otras causas. Sin embargo, constituyen una entidad con morbilidad y mortalidad no despreciables, teniendo opciones de tratamiento mediante cirugía abierta o endovascular.

PA 32. INFECCIONES DE PRÓTESIS VASCULARES: SERIE DE 14 CASOS Y RETOS EN SU MANEJO

Paula Herrera Varas, Laura Pastor Alconchel, Ana Torada Aguilera, Bárbara Bodega Martínez, Salvador Martínez Meléndez
Hospital General Universitario de Castellón. Castelló de la Plana

Objetivos: a) Describir las características clínicas y microbiológicas de una serie de pacientes con infección de prótesis vascular, y b) analizar el manejo terapéutico y los resultados clínicos.

Material: Pacientes diagnosticados de infección de prótesis vascular en nuestro centro, entre enero de 2023 y diciembre de 2025.

Metodología: Serie de casos, estudio observacional retrospectivo.

Resultados: Se analizaron un total de 13 pacientes con 14 casos de infección protésica, con una media de edad de 62,6 años. El 69,2 % eran hipertensos y 53,8 %, fumadores. Como procedimiento inicial el 78,9 % recibió un *bypass* en miembros inferiores (54,5 %, PTFE; 18,2 %, prótesis biológica, y 18,2 %, vena safena interna), 14,3 % un parche de pericardio bovino y un caso de exclusión endovascular de un aneurisma micótico. Se realizó prueba de imagen para su diagnóstico, al menos 3 meses tras la intervención primaria, en el 42,9 % de los casos (hallazgos positivos en PET-TC en el 50 % de los casos). De los cultivos protésicos el 78,6 % resultaron positivos con un 71,4 % de agentes bacterianos y tan solo un caso de infección fúngica. A todos se les administró terapia antibiótica dirigida indefinida contando con un equipo multidisciplinar (unidad de infecciosas y microbiología). El tratamiento quirúrgico fue conser-

vador en 1 caso, realizando explante de prótesis los restantes. De estos casos se realizó un nuevo *bypass* en un 76,9 % (63,6 % *in situ* y 36,4 % extraanatómico). El tiempo medio libre de infección fue de 12,4 meses con una mediana de 1,3 meses (0,13-1,09). La tasa media de seguimiento total fue de 18,4 meses con una mediana de 10 meses (1-127). 6 pacientes fallecieron durante el seguimiento, relacionándose la mitad con la infección protésica, 2 de ellos fallecieron durante el mismo ingreso de implante de la prótesis.

Conclusiones: Las infecciones de prótesis vasculares constituyen una complicación poco frecuente, pero de elevada gravedad, que requiere un alto índice de sospecha diagnóstica. El manejo quirúrgico individualizado, asociado a antibioterapia prolongada y a un abordaje multidisciplinar, resulta clave para optimizar los resultados clínicos.

PA 67. UTILIDAD DEL IVUS (ULTRASONIDO INTRAVASCULAR) EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ENDOFIBROSIS ILÍACA

Lucía Real Lora, Estefanía San Ginés Bahíllo, Fernando Benito Mira, Arturo Ferreiro-Mazón García-Plata, Lucas Álvarez García, Manuel Javier Vallina-Victorero Álvarez, Alicia Fernández Pérez
Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón, Asturias

Objetivos: Describir la utilidad del IVUS como herramienta en el diagnóstico diferencial en una paciente con clínica compatible con endofibrosis ilíaca y pruebas de imagen no concluyentes.

Material: Mujer de 47 años, deportista de alta intensidad, sin antecedentes médicos de interés, acude derivada desde otro centro, con sintomatología consistente en parestesias y claudicación glútea de miembro inferior izquierdo, desencadenada con el ejercicio intenso y con resolución tras el reposo. En la exploración física, destaca la presencia de pulsos distales simétricos con una disminución de la amplitud del pulso femoral izquierdo respecto al contralateral.

Metodología: Inicialmente en otro centro se realizó un angio TC y una arteriografía de miembros inferiores que no mostraron hallazgos patológicos significativos. Ante la alta sospecha clínica, se repitió la arteriografía diagnóstica del eje ilíaco izquierdo, que se completó con el uso de IVUS para una valoración precisa de la morfología de la pared arterial y el grado de estenosis.

Resultados: En la serie arteriográfica inicial se visualizó una zona de irregularidad en el tercio medio de la arteria ilíaca externa izquierda. Mediante IVUS se visualizó una señal hiperecogénica en dicha arteria y se cuantificó una estenosis de área del 60 % respecto al diámetro distal de la misma. Tras la confirmación de la lesión, se decidió realizar un abordaje quirúrgico mediante tromboendarterectomía (TEA) ilíaca, confirmando visualmente el engrosamiento de la íntima.

Conclusiones: La endofibrosis ilíaca es una patología de difícil diagnóstico, debido a que las pruebas de imagen convencionales pueden ser no concluyentes en pacientes sin factores de riesgo cardiovascular. El IVUS se consolida como una herramienta de apoyo fundamental para la confirmación de la lesión y la planificación quirúrgica. A los seis meses tras el procedimiento, la paciente presenta una resolución completa de la sintomatología y ha retornado a su actividad deportiva habitual sin limitaciones.

PA 97. ARTERIA MESENTÉRICA INFERIOR, LA GRAN OLVIDADA

Laura Torrego Álvarez, Óliver Bonnelly González, Julián David Flórez García, Sara Merchán Cristeto, Xavier Patricio Jácome Tapia, José Antonio Carnicero Martínez
Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca

Introducción y objetivos: La colitis isquémica tras la reparación de aneurisma de aorta tiene una frecuencia del 1-2 %. Para prevenirla, existen diferentes estrategias en el contexto de un paciente sin colateralidad ni enfermedad previa, como

la preservación de la arteria mesentérica inferior (AMI) mediante técnicas como el ChEVAR. El objetivo principal es realizar una revisión de la literatura a partir de un caso.

Material: Varón de 81 años, con dislipemia y enfermedad renal crónica. Presenta hallazgo incidental en angio TC de aneurisma infrarrenal fusiforme de 75mm, aneurisma ilíaco derecho de 44 mm e izquierdo de 66mm con oclusión de ambas hipogástricas. Permeabilidad de troncos viscerales con AMI de 7 mm de diámetro. Se decide intervención quirúrgica programada. Se realiza abordaje de ambas femorales comunes y humeral izquierda. Se cateteriza anterógradamente AMI y se implanta distalmente prótesis Viabahn® de 7*100 y proximalmente VBX® de 7*79 para realización de *ballooning* simultáneo con prótesis Endurant II® vía femoral derecha con extensión a ilíacas externas. En control arteriográfico final no se visualizaron endofugas pero se halló trombosis de rama derecha por lo que fue preciso la realización de trombectomía sin otras incidencias.

Metodología: Revisión retrospectiva de historia clínica y estudios complementarios del paciente, así como narrativa de la evidencia disponible acerca de la preservación de la AMI.

Resultados: Permanece hospitalizado nueve días por persistencia de febrícula posoperatoria, sin signos de complicación ni de infección en heridas quirúrgicas, sospechando síndrome de posimplantación. Seguimiento al mes, seis meses y al año, encontrándose asintomático con TC de control sin alteraciones, con permeabilidad protésica y de AMI sin hallazgos de endofugas y con regresión del tamaño aneurismático.

Conclusiones: En ocasiones, la preservación de la AMI puede ser necesaria para reducir el riesgo de colitis isquémica. Por ello es importante identificar los factores de riesgo e individualizar cada caso. El auge del uso de las prótesis ramificadas y fenestradas hacen factible su preservación. No obstante, en ciertas situaciones, la técnica Ch-EVAR puede ser una técnica de recurso aceptable.

PA 137. MÁS ALLÁ DEL EXPLANTE: MANEJO QUIRÚRGICO AVANZADO DE LA INFECCIÓN AÓRTICA RECURRENTE

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

Objetivos: La infección aórtica es una entidad infrecuente, aunque potencialmente mortal. El objetivo es presentar el manejo de un caso complejo, destacando la necesidad de individualizar la estrategia terapéutica y la importancia del abordaje multidisciplinar.

Material: Paciente de 78 años con antecedente de *bypass* aortobiilíaco con dacrón plata por aneurisma de aorta abdominal en 2017. En 2023 ingresa por fiebre sin foco, objetivándose en angio TAC signos de infección protésica (aumento de partes blandas, colección y gas periprotésico). Se realiza explante del *bypass* previo, ligadura de aorta infrarrenal y reconstrucción extraanatómica mediante *bypass* axilobifemoral. Recibe antibioterapia empírica seis semanas con daptomicina y meropenem, con cultivos intraoperatorios negativos. En 2025 presenta nuevo episodio de fiebre sin foco, mal estado general, anemia e hipotensión brusca. El angio TAC muestra rotura contenida del muñón aórtico con sospecha de fístula aortoentérica, activándose código aorta y traslado urgente a nuestro centro.

Metodología: Junto a Cirugía General (CGD) se planifica la intervención quirúrgica urgente, decidiéndose resección de muñón aórtico, ligadura de aorta inframesentérica y *bypass* hepatorenal. Para ello se realizaron las maniobras de Cattell-Braasch y de Kocher para exposición de arteria hepática. *Bypass* hepatorenal derecho con vena safena interna invertida desde arteria hepática común (TL) a renal derecha (ARD) en el hilio renal (TT). Acceso a aorta perirrenal, ligadura de VRI, resección de muñón aórtico previo, drenaje de colección periaórtica y ligadura de la aorta inmediatamente distal a arteria mesentérica superior. Finalmente, se confirma perforación a nivel de duodeno con reparación primaria. Epiploplastia para cobertura de nuevo muñón aórtico y duodeno.

Resultados: Se inicia antibioterapia empírica con meropenem, daptomicina y caspofungina, desescalándose a meropenem tras aislarse *Burkholderia cepacia* y *Enterococcus faecalis* en los cultivos intraoperatorios. El angio TAC de control muestra *bypass* permeable, sin defectos anastomóticos y correcta ligadura aórtica. Al alta se pauta antibioterapia de forma indefinida. Al año de seguimiento, el paciente permanece asintomático y con función renal conservada (Cr 1,1 g/dL y FG 63 ml/min).

Conclusiones: La infección aórtica requiere un manejo individualizado, con tratamiento antibiótico prolongado y un abordaje multidisciplinar en centros de alta experiencia, dada su elevada complejidad y morbimortalidad.

PA 149. SHOCK HEMORRÁGICO POR ROTURA DE ANEURISMA DE APD EN PACIENTE PUÉRPERA: RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA MEDIANTE PARCHES EN CONTEXTO DE MALFORMACIÓN VASCULAR VISCERAL COMPLEJA

Cristina Martínez Ingelmo, Fernando Uriza Caro, Rosario Conejero Gómez, Felipe Neri Arribas Aguilar, Manuel Rodríguez Piñero
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

Objetivos: Los aneurismas viscerales son entidades infrecuentes, con presentación clínica variable. Su rotura puede provocar *shock* hipovolémico de rápida instauración y elevado riesgo vital. La localización pancreatoduodenal, especialmente en pacientes con malformaciones vasculares asociadas, supone un reto diagnóstico y terapéutico. La gestación y el puerperio, por sus cambios hemodinámicos, aumentan el riesgo de rotura. Presentamos el caso de una mujer de 44 años en puerperio inmediato, con *shock* hemorrágico por rotura de aneurisma visceral, reparado mediante parche dada la malformación visceral compleja.

Material: Mujer de 44 años en puerperio inmediato, con preeclampsia sobreañadida y parto instrumental, que presentó deterioro hemodinámico brusco y

sangrado retroperitoneal masivo secundario a rotura de un aneurisma de la arteria pancreatoduodenal inferior en contexto de aplasia del tronco celíaco.

Metodología: Ante la inestabilidad hemodinámica de rápida instauración presentada por la paciente, se indicó laparotomía exploradora emergente. Mediante la maniobra de Catell-Braasch, se procede a la disección del ángulo de Treitz y al control proximal mediante clampaje de la arteria mesentérica superior. Se realizó apertura del saco aneurismático y reparación con parche de pericardio bovino, preservando las ramas hepática y esplénica emergentes del mismo. El control de la perfusión visceral se confirmó intraoperatoriamente con pulsatilidad del pedículo hepático y se dejó el abdomen abierto con bolsa de Bogotá para reexploración posterior.

Resultados: Se presenta un caso excepcional por su asociación a malformación vascular congénita y evolución periparto. La intervención urgente permitió controlar el sangrado en situación de preparada cardiopulmonar y restaurar la perfusión visceral. En el angio TAC de control realizado a las 72 h de la intervención, se objetiva adecuada permeabilidad de los principales vasos del pedículo hepático, pancreático y eje esplénico, sin signos de trombosis ni estenosis significativas. La paciente ingresó en UCI con mejoría inicial, pero finalmente evolucionó hacia fallo multiorgánico por sepsis, falleciendo al séptimo día posoperatorio.

Conclusiones: El aneurisma pancreatoduodenal roto es una entidad rara, pero de gran riesgo vital. La cirugía con parche se mostró como alternativa válida en contexto anatómico complejo y *shock*, cuando el tratamiento habitual no es factible.

PA 165. MANEJO CONSERVADOR DE LA INFECCIÓN DE ENDOPRÓTESIS AÓRTICA TORÁCICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Marina Navarro Sáez, Blanca Expósito Camacho, Miguel Ignacio Herrero Marco, Ignacio Querol Cisneros, Sandra Vicente Jiménez, Luis de Benito Fernández
Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón, Madrid

Introducción y objetivos: La reparación endovascular de la aorta torácica (TEVAR) se ha consolidado como tratamiento de primera línea para múltiples patologías aórticas. No obstante, la infección de la endoprótesis, aunque infrecuente, constituye una de las complicaciones más graves, asociándose a elevada morbimortalidad, especialmente cuando se acompaña de fístulas aortoentéricas o aortoesofágicas. El tratamiento estándar es el explante quirúrgico del injerto, opción no siempre viable en pacientes de alto riesgo. El objetivo fue describir la evolución clínica y radiológica de un caso de infección de endoprótesis aórtica torácica complicada con fístula aortoesofágica manejado de forma conservadora, y revisar el papel del manejo no quirúrgico en pacientes no candidatos a cirugía.

Material: Se presenta el caso de una mujer de 81 años intervenida de urgencia mediante TEVAR por rotura contenida de aneurisma de aorta torácica descendente. Cinco meses después, ingresó por sepsis con sospecha de infección protésica.

Metodología: El angio TC y el PET-TC evidenciaron colección periprotésica infectada con afectación vertebral y pulmonar, y posteriormente hallazgos compatibles con fístula aortoesofágica. Ante la imposibilidad de explante protésico por elevado riesgo quirúrgico, se optó por manejo conservador con antibioterapia prolongada y seguimiento clínico-radiológico estrecho.

Resultados: La paciente recibió tratamiento antibiótico intravenoso de amplio espectro durante 12 semanas, con posterior desescalada a antibioterapia oral supresora crónica. Durante el seguimiento se objetivó mejoría clínica progresiva, normalización de parámetros inflamatorios y reducción significativa de los cambios inflamatorios periprotésicos, con resolución del hematoma mediastínico y disminución del gas ectópico en los estudios de imagen. El seguimiento fue de 16 meses desde la colocación de la endoprótesis y 12 meses tras el inicio de la antibioterapia. El último angio TC mostró estabilidad de los hallazgos, sin progresión de la infección. Actualmente, la paciente presenta evolución clínica favorable, sin complicaciones.

Conclusiones: La infección de endoprótesis aórtica torácica continúa siendo una entidad de manejo complejo. Aunque el explante quirúrgico sigue siendo el tratamiento de referencia, el manejo conservador con antibioterapia prolongada puede ser una alternativa válida en pacientes seleccionados no candidatos a cirugía. Una adecuada selección de casos, junto con un seguimiento clínico-radiológico estrecho, resulta clave para optimizar los resultados a largo plazo.

PA 171. TÉCNICA PARA ASEGURAR LA CANALIZACIÓN DE ARTERIAS DIANA EN ENDOPRÓTESIS FENESTRADA MODIFICADA POR EL MÉDICO (PMEG). PRUEBA *IN VITRO*

Asmae Frej, Ciro Baeza Bermejillo
*Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.
Madrid*

Objetivos: La reparación endovascular aórtica fenestrada (FEVAR) es un procedimiento técnicamente exigente, especialmente cuando las fenestraciones de la endoprótesis no se encuentran alineadas con precisión a las arterias diana, pudiendo provocar así la prolongación del tiempo del procedimiento, el aumento en las dosis de contraste utilizadas y ocasionar complicaciones intraoperatorias o fallos en la canalización de los vasos diana. Es esencial evaluar más a fondo las causas de la desalineación y desarrollar técnicas complementarias que lo eviten. En las endoprótesis modificadas por el cirujano (PMEG), los modelos aórticos fabricados con impresoras 3D pueden ayudar a posicionar las fenestraciones, pero no garantizan la canalización exitosa de los vasos diana. Por ello describimos una nueva técnica que utiliza guías precargadas en las PMEG para asegurar dicha canalización, incluso en casos de desalineación.

Material: El procedimiento se realiza coaxialmente a través de un único acceso femoral y consiste en precargar, a través de cada fenestración realizada en una PMEG, una guía modificada en forma de nudo

corredizo y que permita enhebrar otra guía para realizar una maniobra tipo *through and through* en cada una de las arterias diana.

Resultados: Hemos probado la técnica en modelos anatómicos. La técnica permite que, aunque las fenestraciones estén ligeramente desalineadas con el vaso diana, el sistema de guías entrelazadas consigue acceso al vaso antes del despliegue de la endoprótesis. Esta técnica no solo se limita a las arterias viscerales, sino que también podría usarse para canalizar vasos del arco aórtico, arterias hipogástricas y, en general, cualquier área de bifurcación arterial.

Conclusiones: Describimos una técnica de recurso para casos urgentes que requieran el uso de PMEG. Ofrece varias ventajas, pero principalmente proporciona mayor seguridad, especialmente para el cirujano, al garantizar la canalización de los vasos diana antes del despliegue de la endoprótesis, y al permitir la canalización de arterias diana que no estén perfectamente alineadas con la fenestración. Con ello disminuiría el tiempo quirúrgico y de fluoroscopia y la dosis de contraste administrado, así como los riesgos que derivan de ello. Asimismo, creemos que esta técnica podría estandarizarse mediante el uso de dispositivos prefabricados.

PA 201. REVASCULARIZACIÓN HÍBRIDA AORTOILÍACA CON DISPOSICIÓN EXTRAVASCULAR DE *STENT* RECUBIERTO

Belén Medrano de Pedro, Juan Pena Holguín, Milvia García López, Cristina Sierra Freire, Jorge Fernández Noya
Hospital Universitario de A Coruña. A Coruña

Objetivos: Presentar un caso de tratamiento híbrido de enfermedad aortoiliaca y femoral bilateral en el que un *stent* recubierto quedó implantado fuera del trayecto anatómico de la arteria ilíaca externa.

Material: Paciente varón de 62 años con claudicación intermitente bilateral a 50 metros, de predominio en miembro inferior derecho, diagnosticado

de enfermedad arterial oclusiva multisegmentaria aortoiliaca y femoral. Se indica tratamiento mediante estrategia híbrida en un solo tiempo quirúrgico.

Metodología: Se realiza tromboendarterectomía (TEA) femoral derecha con parche de pericardio bovino asociada a recanalización ilíaca bilateral. En el eje derecho se implanta *stent* balón expandible VBX 9 × 59 mm en ilíaca común y se completa con endoprótesis recubiertas tipo Viabahn (dos dispositivos de 8 × 10 cm) desde segmento proximal previo a la salida de la arteria hipogástrica hasta ilíaca externa distal, anastomosando funcionalmente con el parche femoral. En el eje izquierdo se implanta VBX 9 × 59 mm en ilíaca común y Viabahn de 7 × 7,5 cm en ilíaca externa hasta cabeza femoral. De forma llamativa, el Viabahn del eje derecho adoptó un trayecto extravascular respecto a la ilíaca externa nativa, pero manteniendo adecuada luz, flujo distal y sellado proximal y distal. Se instauró doble antiagregación plaquetaria.

Resultados: No se registraron complicaciones intraoperatorias inmediatas. En la revisión de dos meses después el paciente presentaba pulsos femorales y poplíteos positivos bilateralmente, con marcada mejoría clínica y desaparición de la claudicación limitante. La evolución clínica fue favorable a corto plazo.

Conclusiones: El abordaje híbrido permite tratar de forma eficaz la enfermedad aortoiliaca multisegmentaria. La disposición extravascular no intencionada de un *stent* recubierto presenta buen resultado clínico inicial. Este caso ilustra una situación técnica inusual y subraya la importancia del control intraoperatorio y del seguimiento estrecho en escenarios anatómicos complejos.

PA 202. PERO... ¿DÓNDE ESTÁ LA FUGA?

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

Objetivos: En ocasiones, las endofugas tras la colocación de endoprótesis ramificadas para la exclusión de un aneurisma de aorta abdominal (AAA) supone un reto diagnóstico en Cirugía Vascul. El seguimiento de estas cirugías se realiza mediante angio TAC donde, generalmente, no se objetiva adecuadamente de qué tipo de fuga se trata.

Material: Se presenta el caso de un varón de 72 años con antecedentes personales de fumador, alergia a contrastes iodados, dislipemia, cardiopatía isquémica con enfermedad coronaria y revascularización percutánea, tromboembolismo pulmonar, carcinoma de vejiga con cistoprostatectomía radical, hepatopatía crónica y deterioro cognitivo. El paciente presenta un AAA suprarrenal de 56 mm. Se decidió tratamiento mediante la exclusión de su aneurisma de manera endovascular.

Metodología: En un primer tiempo se realizó una exclusión de su AAA mediante la colocación de un BEVAR (endoprótesis ramificada con ramas externas) por acceso femoral percutáneo bilateral y subclavio derecho. Se implanta una endoprótesis con 4 ramificaciones para tronco celiaco, arteria mesentérica superior y ambas renales. En todas ellas se implantan *stents* recubiertos balón-expandibles. Procedimiento realizado sin complicaciones y con correcto sellado del aneurisma con pequeña endofuga de tipo II intraoperatoria por arterias lumbares.

Resultados: Se realizaron controles con angio TAC al mes y al año de la cirugía presenciando una endofuga que impresionaba de tipo II por AMI y con crecimiento del saco aneurismático hasta los 61 mm. Al año de la cirugía inicial se decide realizar una arteriografía diagnóstica sin objetivarse endofugas de tipo I, II, III o IV, por lo que continúa el seguimiento con nuevo angio TAC. Al año y medio de la cirugía inicial y ante el crecimiento continuo del saco (65 mm), se opta por realizar una nueva arteriografía objetivando una endofuga de tipo III por fractura del *stent* renal izquierdo, por lo que se implanta nuevo *stent* recubierto balón expandible con resultado satisfactorio. Al mes se realiza un nuevo angio TAC con resolución de la fuga y estabilidad del saco aneurismático.

Conclusiones: La presencia de endofugas tras la colocación de endoprótesis aórticas supone una complicación a largo plazo de este tipo de reparación, con necesidad, en ocasiones, de técnicas diagnósticas invasivas e incluso reiteradas para objetivar el tipo de endofuga y tratarla.

PA 206. TRATAMIENTO URGENTE DE DISRUPCIÓN COMPLETA DE AORTA CONTENIDA CON TÉCNICA ENDOVASCULAR DE RECURSO

Noelia Garzón Bergadá, Moisés Falcón Espínola, Marco Antonio Ramírez Rodríguez, Ángel Plaza Martínez
Hospital de Manises. Manises, València

Objetivos: Presentación de caso clínico de reparación con técnica de recurso endovascular de rotura completa de aorta contenida en paciente no apto para cirugía abierta.

Material: Varón de 77 años que acude por insuficiencia cardíaca (IC) y dolor lumbar de semanas de evolución. En tomografía computarizada (TC) solicitada para descartar tromboembolismo pulmonar, se evidencia rotura completa de aorta contenida de 10,5 cm. Paciente estable con tensión de 157 mmHg y frecuencia cardíaca 66 lpm. Ante gran comorbilidad (*flutter*, IC, estenosis aórtica moderada, hipertensión pulmonar), con rotura de aorta yuxtarenal, se decide reparación con técnica de recurso: endoprótesis bifurcada y chimenea renal izquierda. Arteria polar derecha de 5 mm en aorta distal.

Metodología: Mediante abordaje percutáneo femoral y abordaje abierto de subclavia izquierda se realiza *through and through* de aorta abdominal infrarenal y aorta terminal, por dislocación secundaria a rotura. Despliegue de endoprótesis bifurcada de 24 mm con enrasado en renal izquierda, enrasado distal en bifurcación ilíaca bilateralmente. Aortografía con endofuga Ia, por lo que se decide colocación de chimenea renal izquierda (6 mm) y extensor aórtico proximal (30 mm), con oclusión de renal dere-

cha. Aortografía final con endofuga tardía: endofuga de tipo II por arteria lumbar a nivel de cuello y polar derecha.

Resultados: Posoperatorio prolongado por IC y respiratoria con necesidad de drogas vasoactivas y monitorización intensiva. Posterior mejoría cardiológica, pero con necesidad de oxigenoterapia domiciliaria. Ausencia de complicaciones de abordaje femoral y axilar. TC de control al mes con endofuga II por arteria lumbar a nivel del cuello, con saco aneurismático de 10,5 cm. Ante paciente de alto riesgo y escaso crecimiento se decide manejo conservador. A los 3 meses, paciente asintomático con ausencia de endofuga yuxtarenal en ecografía y saco estable (10 cm), pendiente de TC de control a 6 meses.

Conclusiones: La utilización de endoprótesis fenestradas para reparación de aneurismas con cuello hostile es un tratamiento recomendado por las guías. Sin embargo, en situaciones de urgencia, injertos endovasculares modificados (PMEG) son una técnica avanzada que precisa de una curva de aprendizaje. Por ello, el uso de técnicas endovasculares de recurso como ChEVAR es factible, aunque con una mayor tasa de complicaciones y una necesidad de seguimiento estrecho para detección y tratamiento de las mismas.

PA 231. IMPACTO ESTRUCTURAL DE LA PANDEMIA EN LA ACTIVIDAD DE UN SERVICIO DE ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR: COMPARACIÓN ENTRE LA ERA PRE-COVID Y EL PERIODO ACTUAL

María Marcet Recolons¹, Pablo Javier Salvaré Heikel¹, Javier Ramírez Ruiz¹, Raquel Chávez Abiega¹, Diego Enrique Sisa Elizeche¹, Kerbi Alejandro Guevara Noriega^{1,2}

¹*Consorci Sanitari Parc Taulí. Sabadell, Barcelona.*

²*Hospital Universitari de Mataró. Mataró, Barcelona*

Objetivos: La pandemia por COVID-19 produjo una reorganización asistencial sin precedentes en el sis-

tema sanitario. El objetivo fue analizar la evolución de la actividad quirúrgica en revascularización de extremidades inferiores y patología aórtica, comparando la era pre-COVID con el periodo actual, evaluando volumen, perfil de complejidad y tendencias asistenciales.

Material: Se realizó un análisis retrospectivo de la actividad quirúrgica de un hospital universitario público, comparando el periodo pre-COVID (2016-2019) con el periodo actual (2023-2025). Se incluyeron procedimientos de revascularización de extremidades inferiores (isquemia crítica, isquemia aguda y enfermedad femoropoplítea) y cirugía aórtica (EVAR y cirugía abierta).

Metodología: Estudio observacional comparativo basado en registro prospectivo. Se analizaron volumen anual de procedimientos, proporción de patología urgente, distribución de estadios de isquemia, tipo de abordaje (endovascular frente a abierto) y estancia hospitalaria media. Se compararon proporciones mediante χ^2 y medias mediante test no paramétricos.

Resultados: El periodo actual mostró una recuperación del volumen quirúrgico respecto al descenso observado durante la pandemia, con incremento relativo de procedimientos urgentes y de isquemia avanzada. Se observó mayor proporción de abordajes endovasculares en patología aórtica y periférica respecto al periodo pre-COVID. La estancia hospitalaria media tendió a reducirse en el periodo actual, reflejando cambios organizativos y optimización de recursos.

Conclusiones: La pandemia no solo redujo transitoriamente la actividad quirúrgica, sino que modificó de forma estructural el perfil asistencial del servicio, con mayor peso de patología urgente y consolidación del abordaje endovascular. El análisis longitudinal de la actividad permite identificar cambios en complejidad y planificación estratégica, fundamentales para la proyección futura de recursos en cirugía vascular.

PA 234. LEIOMIOMATOSIS INTRAVASCULAR DE ORIGEN UTERINO CON EXTENSIÓN CAVOILÍACA Y MASA PÉLVICA COMPLEJA: ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR Y RETOS TERAPÉUTICOS

Álvaro Vidal Ortiz, Cristina Cañibano Domínguez, Víctor Manuel Lozano Bouzón, Sofía Simón Bellón, Esther Estefanía Morris-Davies Peña, José Ramón March García
Hospital Universitario de Getafe. Getafe, Madrid

Objetivos: Presentar nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgico ante un caso de leiomiomatosis intravascular de origen uterino asociada a masa pélvica compleja y trombosis extensa del eje venoso cavoilíaco, así como sus resultados clínicos.

Material: Análisis descriptivo de un caso clínico en una paciente con leiomiomatosis intravascular diagnosticada mediante análisis anatomopatológico tras episodios recurrentes de dolor abdominal, fiebre e infecciones pélvicas. Se recoge información epidemiológica, factores de riesgo cardiovascular, presentación clínica y pruebas de imagen diagnósticas. Se describe la técnica quirúrgica realizada. Se efectúa un análisis de seguimiento posoperatorio mediante revisiones clínicas y pruebas de imagen de control.

Metodología: Descripción de un caso clínico.

Resultados: Mujer de 48 años, con antecedentes de colecistectomía, trastorno adaptativo mixto y con antecedentes ginecológicos de útero miomatoso, endometritis e histerectomía subtotal + salpingectomía bilateral por diagnóstico de lei-

omiomas, que presenta durante el seguimiento episodios recurrentes de dolor abdominal, fiebre y complicaciones infecciosas pélvicas. En estudios de imagen se objetiva una masa pélvica polilobulada de gran tamaño, con características compatibles con leiomioma/endometriosis y compresión de estructuras adyacentes, asociada a hidronefrosis bilateral y necesidad de cateterización ureteral y tratamiento antibiótico intravenoso. De forma concomitante, se identifica ocupación intravascular extensa desde venas hipogástrica e ilíaca externa derecha hasta vena cava inferior. El estudio anatomopatológico demuestra proliferación de células musculares lisas compatible con leiomiomatosis intravascular. Se instaura tratamiento hormonal supresor y se realiza cirugía consistente en resección completa de la masa pélvica y del componente intravascular mediante laparotomía media, exposición de eje cavoilíaco y extirpación completa de dicho componente mediante venotomía con cierre directo posterior. El posoperatorio inmediato transcurre sin incidencias. En la prueba de imagen de seguimiento no se aprecia recidiva a nivel intravascular ni complicaciones posquirúrgicas.

Conclusiones: La leiomiomatosis intravascular es una entidad infrecuente que puede simular trombosis venosa extensa y asociarse a masas pélvicas complejas, generando importante morbimortalidad y dificultad diagnóstica. El diagnóstico precoz y la planificación terapéutica en equipos multidisciplinares son fundamentales para optimizar el tratamiento y reducir el riesgo de recurrencia, siendo la resección completa el objetivo principal siempre que sea técnicamente factible.



E-PÓSTERES

P 24. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL SÍNDROME DE NUTCRACKER MEDIANTE TRASPOSICIÓN DE LA VENA RENAL IZQUIERDA: CASO CLÍNICO

Iván Andrés Higuera Jaramillo, Alejandra Vázquez Tolosa, Luis Esteva Muñoz, Marina Gracia Sobradiel, María Isabel Ortiz Bazán, Cristian Inglés Sanz
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

Objetivos: Presentar el caso clínico de un paciente con síndrome de cascanueces sintomático tratado mediante trasposición de la vena renal izquierda, destacando el proceso diagnóstico, la indicación quirúrgica y los resultados clínicos obtenidos.

Material: Paciente con clínica compatible con síndrome de cascanueces, caracterizada por dolor pélvico crónico, asociado a hematuria, proteinuria y dispareunia. Se realizó estudio diagnóstico completo mediante pruebas de imagen y evaluación hemodinámica para confirmar el diagnóstico y descartar causas alternativas.

Metodología: El diagnóstico se estableció mediante angio TAC, identificando hallazgos sugestivos de síndrome de cascanueces, ante la persistencia de síntomas a pesar de tratamiento conservador y realizando flebografía selectiva y medición del gradiente renocavo, confirmando el diagnóstico se indicó tratamiento quirúrgico mediante trasposición de la vena renal izquierda. Se realizó seguimiento clínico posoperatorio el cual es satisfactorio.

Resultados: La intervención quirúrgica se realizó sin complicaciones intraoperatorias. En el seguimiento posoperatorio, el paciente ha presentado una mejoría clínica significativa, con disminución de la sintomatología. No se han registrado complicaciones mayores ni necesidad de reintervención durante el seguimiento.

Conclusiones: La trasposición de la vena renal izquierda constituye una opción terapéutica eficaz y segura en pacientes seleccionados con síndrome de cascanueces. Un diagnóstico preciso y una adecuada selección del tratamiento permiten obtener buenos resultados clínicos, con mejoría significativa de la calidad de vida. Este caso refuerza el papel de la cirugía abierta como alternativa válida frente a otras estrategias terapéuticas ante la necesidad de tratamiento.

P 30. EL AUTOTRASPLANTE RENAL: UNA TÉCNICA VASCULAR DE RECURSO ANTE PROBLEMAS VASCULARES Y UROLÓGICOS COMPLEJOS

Sara Loidi Guerrica-Echevarría, Iñarrieta Larrañaga Oyarzábal, María de Dios Bilbatua, Nerea Bastardo Gordejuela, Begoña Iribar Zubiaur, Alazne González García, Leire Ganzarain Valiente
Hospital Universitario Donostia. Donostia

Objetivos: Presentar y analizar los resultados de un caso de autotrasplante renal (AR) desde el punto de vista angiológico, evaluando los aspectos técnicos vasculares y los resultados funcionales del procedimiento.

Material: Varón de 62 años con cólicos nefríticos izquierdos de repetición. Las pruebas de imagen mostraron litiasis ureteral izquierda obstructiva, tratándose mediante litotricia con ureterorenoscopia. Ante persistencia de la obstrucción se realizó reintervención endoscópica, objetivándose estenosis completa del uréter proximal, con una pérdida de continuidad de aproximadamente 9 cm. Se intentó reconstrucción urológica convencional sin éxito dada la extensión de la lesión.

Metodología: Se efectuó análisis retrospectivo del caso a partir de la historia clínica electrónica, incluyendo variables clínicas, quirúrgicas y evolución funcional, junto con revisión de la literatura relevante.

Resultados: Tras valoración multidisciplinar se indicó AR heterotópico izquierdo con objetivo de preservar el riñón nativo. Se realizó nefrectomía laparoscópica izquierda y posterior cirugía de banco con preservación en frío y preparación del pedículo vasculoureteral. Se realizó reimplantación en fosa ilíaca homolateral con anastomosis arterial latero-terminal y venosa término-lateral a los vasos ilíacos externos junto con anastomosis ureteropielica a uréter distal nativo. El tiempo de isquemia caliente fue de 3 minutos y de isquemia fría fue inferior a 2 horas. El posoperatorio cursó sin complicaciones inmediatas y con función renal en rango. En el seguimiento, persiste adecuada perfusión vascular del injerto y función renal conservada.

Conclusiones: El AR constituye una técnica de recurso en escenarios infrecuentes como lesiones ureterales extensas o patología vascular renal. Es un procedimiento de elevada complejidad donde la planificación previa (adecuada selección de los vasos receptores, siendo el eje ilíaco externo la localización más habitual) y la minimización de los tiempos de isquemia (fría menor a 2 horas y caliente reducida) son cruciales para optimizar la función del injerto. La trombosis vascular es la complicación más grave. Entre el 80–90 % de los autoinjertos mantienen función renal a largo plazo, evitando progresión a insuficiencia renal terminal al mismo tiempo que evita los riesgos asociados a un trasplante alogénico como el rechazo del injerto o la necesidad de inmunosupresión crónica.

P 160. RECANALIZACIÓN DE OCLUSIÓN DE ARTERIA FEMORAL SUPERFICIAL MEDIANTE CATÉTER DE LITOTRICIA INTRAVASCULAR TIPO SHOCKWAVE JAVELIN. PRIMER CASO EN ESPAÑA TRAS SU LANZAMIENTO EUROPEO

Alexis Manuel Rojas Guerreiro, María Teresa Toro Barahona, Adrián Aguirre González Álvarez, Lara Gómez Pizarro, Carmen Morgado Ortega, Sergio Carmona Berruguete
Hospital Universitario de Badajoz. Badajoz

Objetivos: Presentar la efectividad del catéter de litotricia intravascular (LIV) Shockwave Javelin como herramienta de cruce en oclusiones cálcicas complejas en arteria femoral superficial (AFS) en enfermedad arterial periférica (EAP).

Material: Varón de 64 años con HTA, dislipemia, diabetes *mellitus* tipo I, enfermedad renal crónica y ex-tabaquismo intenso (\approx 60 paquetes/año), con claudicación incapacitante de miembro inferior derecho (MID) Rutherford IIb refractaria a tratamiento médico óptimo. A la exploración: pulso femoral disminuido con ausencia de poplíteo y distales. ITB 0,52. En angiografía TAC: estenosis significativa en arteria ilíaca común derecha y oclusión de 40 mm en segmento proximal de AFS, con calcificación concéntrica severa (PACSS 4a). Se indicó revascularización endovascular.

Metodología: Tratamiento previo de sector ilíaco bilateral. Acceso retrógrado femoral común izquierdo. Colocación de introductor largo 8 Fr hasta AFC derecha. Cruce intraluminal de la oclusión en AFS con guía hidrofílica 0,014", logrando progresión distal de esta; sin embargo, fracasó el avance de microcatéteres y balones de bajo perfil. Posicionamiento de catéter de LIV Shockwave Javelin en el inicio de lesión y se administraron un total de tres ciclos, obteniendo modificación del calcio y permitiendo el cruce completo del dispositivo. Posdilatación secuencial con balón de LIV, balón simple y liberador de drogas. En control angiográfico y por IVUS; expansión adecuada, estenosis residual < 20 %, sin complicaciones. Se desestimó, por tanto, *stenting*.

Resultados: Alta hospitalaria sin incidencias. A los 3 meses: mejoría clínica (Rutherford I), recuperación de pulsos distales con flujo trifásico en ecografía Doppler. ITB 0,94. No eventos adversos mayores ni reintervenciones.

Conclusiones: La LIV aplicada con catéter periférico Shockwave Javelin constituye una herramienta eficaz en la modificación del calcio en oclusiones complejas, facilitando el cruce de dichas lesiones previamente no recanalizables y permitiendo el acceso a terapias definitivas, evitando la revascularización abierta.

P 166. FÍSTULA AORTOENTÉRICA COMO CAUSA DE HEMORRAGIA MASIVA GASTROINTESTINAL. CASO CLÍNICO

Ariadna Díez Sans, Mauricio Ramírez Montoya, Mar Palao Bertrán, Laura Gil Julián, Cristina Romero Bosch, César Daniel Sánchez Guaita, Benet Gómez Moya
Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona

Objetivos: Describir un caso de fístula aortoentérica secundaria a *bypass* aortobifemoral previo, manifestada como hemorragia digestiva masiva, y revisar el abordaje diagnóstico y terapéutico mediante reparación endovascular.

Material: Paciente varón de 77 años con antecedente de *bypass* aortobifemoral (dacrón bifurcado de 16 x 8 mm) en el año 2023 en contexto de isquemia crónica de grado IV. Requirió dos meses después realización de *bypass* femorodistal con PTFE en MID por mala evolución de lesiones. Paciente acude dos años tras la intervención inicial en situación de *shock* hipovolémico secundario a hemorragia digestiva manifestada por hematoquecia y melenas.

Metodología: Se realizó estudio por tomografía computarizada observándose únicamente el estrechamiento focal de la luz duodenal en contacto con el material protésico. Durante dicho estudio presentó mejoría parcial de su situación hemodinámica, por lo que se decidió realizar endoscopia digestiva urgente que objetivó la presencia de material protésico protruyendo en la luz intestinal, hallazgo compatible con fístula aortoentérica. En el contexto de un paciente inestable y con elevado riesgo quirúrgico se decidió realizar tratamiento endovascular mediante técnica CERAB (*Covered Endovascular Reconstruction of Aortic Bifurcation*).

Resultados: Bajo anestesia local, se identificó mediante angiografía la zona de anastomosis proximal y se realizó tratamiento mediante técnica CERAB con *stents* Begraft aórtico de 14 x 57 mm, acompañado de una neobifurcación ilíaca mediante dos Begraft de 10 x 57 mm. El procedimiento permitió controlar la hemorragia de forma inmediata y estabilizar

hemodinámicamente al paciente. El posoperatorio transcurrió sin complicaciones mayores iniciales, con buena evolución clínica y analítica. Fue dado de alta con antibioterapia prolongada y seguimiento estrecho en consultas externas.

Conclusiones: La fístula aortoentérica debe sospecharse ante hemorragia gastrointestinal en pacientes con antecedentes de reparación aórtica. Cabe destacar la importancia de un diagnóstico precoz mediante confirmación por imágenes. La reparación endovascular constituye una opción terapéutica eficaz en pacientes inestables o de alto riesgo quirúrgico, permitiendo el control rápido de la hemorragia como terapia puente para la reparación abierta en un segundo tiempo, en caso de que el paciente sea candidato para cirugía abierta. Este caso refuerza la importancia del diagnóstico precoz y la utilidad del tratamiento endovascular en escenarios críticos.

P 175. ANEURISMA POPLÍTEO ROTO SECUNDARIO A INFECCIÓN POR MYCOBACTERIUM BOVIS (BCG): PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Ignacio Querol Cisneros, Blanca Expósito Camacho, Miguel Ignacio Herrero Marco, Marina Navarro Sáez, Sandra Vicente Jiménez, Luis de Benito Fernández
Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón, Madrid

Objetivos: Describir nuestra experiencia en el manejo de un paciente con un pseudoaneurisma poplíteo roto secundario a infección por *Mycobacterium bovis* (BCG) y realizar una revisión de la literatura publicada sobre complicaciones vasculares tras instilaciones intravesicales de BCG.

Material: Varón de 88 años con carcinoma urotelial vesical tratado con resecciones transuretrales y múltiples ciclos de BCG intravesical en el pasado, que acudió a nuestro centro por pérdida de peso progre-

siva, dolor y tumefacción en fosa poplítea izquierda. Las pruebas de imagen confirmaron la presencia de un pseudoaneurisma poplíteo roto.

Metodología: El paciente inicialmente fue tratado mediante exclusión urgente con endoprótesis cubierta Viabahn®. Fueron necesarias dos reintervenciones endovasculares durante el seguimiento por endofugas y formación recurrente de pseudoaneurismas. Posteriormente, los cultivos del hematoma perivascular confirmaron infección por *Mycobacterium bovis* (BCG). El manejo definitivo consistió en explantación de las endoprótesis, ligadura de la arteria poplítea y reconstrucción mediante *bypass* femoropoplíteo autólogo, seguido de tratamiento antimicobacteriano dirigido. Realizamos una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos (PubMed/Medline, Google Scholar), seleccionando los trabajos más actuales y relevantes sobre infecciones vasculares por *Mycobacterium bovis*.

Resultados: Las infecciones vasculares por micobacterias tras el tratamiento intravesical con BCG son extraordinariamente raras y pueden presentarse con rotura arterial diferida o formación de pseudoaneurismas. La afectación arterial periférica es muy poco frecuente, predominando la afectación del sector aortoiliaco. El diagnóstico precoz es difícil por la inespecificidad de los síntomas sistémicos y los tiempos prolongados de aislamiento microbiológico. Aunque la reparación endovascular puede proporcionar control temporal en situaciones de urgencia, la reconstrucción con *bypass* autólogo parece ser la opción terapéutica más consistente. En nuestro caso, tras el tratamiento definitivo, el paciente presentó mejoría clínica temprana y mantuvo la permeabilidad del injerto durante el seguimiento.

Conclusiones: En pacientes con historia de instilaciones intravesicales de BCG, debe sospecharse infección por *Mycobacterium bovis* ante pseudoaneurisma o rotura arterial de etiología incierta. El tratamiento endovascular puede proporcionar control temporal en urgencias, pero la resolución definitiva suele requerir explantación, *bypass* autólogo y tratamiento antimicobacteriano prolongado.

P 191. FÍSTULA AORTOCAVA SECUNDARIA A ROTURA DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Laura Gómez Martínez, Alba Amaré Chimenos, Begoña Gonzalo Villanueva, Sara Rioja Artal, Carol Herranz Pinilla, Carlos Martínez Rico, Elena Iborra Ortega

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

Objetivos: Describir la presentación, el manejo y la evolución de dos fístulas aortocavas (FAC) por rotura de aneurisma de aorta abdominal infrarrenal (AAA), enfatizando que el sellado aórtico puede ser suficiente y que la FAC persistente puede confundir la valoración de *endoleaks*.

Material: Dos varones (67 y 77 años) atendidos de urgencia este año por AAA roto con FAC. Ambos llegaron inestables con soporte vasoactivo y presentaron parada cardiorrespiratoria previa al tratamiento, con recuperación tras reanimación: en el caso 1 en el hospital de origen antes del diagnóstico; en el caso 2 en la mesa de quirófano justo antes de iniciar el procedimiento

Metodología: Serie de casos. Diagnóstico mediante TC con contraste (opacificación precoz de vena cava inferior en fase arterial). Tratamiento endovascular urgente con endoprótesis aortobiilíaca, optando en ambos por tratamiento exclusivo aórtico (sin *stent* cubierto venoso). Seguimiento clínico y radiológico.

Resultados:

- *Caso 1.* Estabilización hemodinámica rápida, retirada de vasopresores, extubación precoz y sin complicaciones mayores; alta/derivación a hospital de referencia.
- *Caso 2.* Insuficiencia respiratoria y fracaso renal agudo con resolución médica. En el control se informó *endoleak* de tipo I y se realizó reintervención con balneado proximal y extensión iliaca izquierda; posteriormente los hallazgos fueron más compatibles con *endoleak* de tipo II relacionado con persistencia de la FAC. Presentó isquemia colónica que requirió hemicolecotomía izquierda. Evolución final favorable y alta a centro sociosanitario.

Conclusiones: La FAC por rotura de AAA es infrecuente y letal. El abordaje endovascular urgente es eficaz y el sellado aórtico aislado puede lograr control hemodinámico y supervivencia incluso tras parada cardiorrespiratoria reanimada. La persistencia de la FAC puede simular *endoleaks* de alto flujo; se recomienda interpretación radiológica crítica y seguimiento estrecho multidisciplinar.

P 200. COMPLICACIÓN EN EL IMPLANTE DE FILTRO DE VENA CAVA INFERIOR CON ATRAPAMIENTO EN VENA FEMORAL Y REPARACIÓN QUIRÚRGICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Belén Medrano de Pedro, Pilar Vilariño López-Barranco, Eva Castro López, Milvia García López, Jorge Fernández Noya
Hospital Universitario de A Coruña. A Coruña

Objetivos: Describir una complicación infrecuente durante el implante de filtro de vena cava inferior en un paciente con contraindicación temporal para anticoagulación, así como su resolución quirúrgica y evolución posterior.

Material: Paciente con antecedente de trombosis venosa profunda (TVP) y tromboembolismo pulmonar (TEP), en tratamiento anticoagulante, que presenta hematuria significativa que obliga a la suspensión de la anticoagulación. Ante el riesgo tromboembólico persistente, se indica implante de filtro de VCI.

Metodología: Durante el procedimiento de implante del filtro de VCI por vía femoral derecha, se produce una disfunción en el despliegue del dispositivo, quedando el filtro atrapado en región inguinal, a la salida de la vena femoral común derecha. Ante la imposibilidad de resolución mediante técnicas endovasculares, se decide conversión a cirugía abierta. Se realiza extracción quirúrgica del dispositivo y reparación primaria de la vena femoral derecha.

Resultados: La intervención se llevó a cabo sin incidencias intraoperatorias mayores. La evolución pos-

operatoria fue favorable. En el control mediante angio TC se objetiva permeabilidad de la vena femoral e ilíaca derechas, sin signos de estenosis significativa ni trombosis residual.

Conclusiones: El implante de filtro de vena cava inferior es una estrategia eficaz en pacientes con enfermedad tromboembólica venosa y contraindicación para anticoagulación; no obstante, pueden presentarse complicaciones técnicas poco frecuentes como el atrapamiento o malposición del dispositivo. La conversión a cirugía abierta permite la resolución segura del problema y la preservación del eje venoso cuando las técnicas endovasculares fracasan. La planificación individualizada y la disponibilidad de abordaje quirúrgico son fundamentales para el manejo de estas complicaciones.

P 235. BLOOD POOLS, UNA PRESENTACIÓN ATÍPICA DEL HEMATOMA INTRAMURAL AÓRTICO

Amira Aguado Pereda, Amaia Arroniz Ruiz de Larrea, Claudia Aramendi Arietaaraunabeña, Andoni González Fernández, Yaiza Villagrasa Salagre, Reyes Vega Manrique
Hospital Universitario Basurto. Bilbao

Objetivos: El hematoma intramural aórtico (HIM) se trata de una de las tres formas de presentación del síndrome aórtico agudo, que implica la presencia de sangre dentro de la pared aórtica sin disrupción de la íntima. El *blood pool* intramural es un hallazgo poco común de esta patología, que se caracteriza por ser una zona de contraste periaórtico sin una clara comunicación con la luz verdadera y que puede tener conexión con alguna rama de arterias intercostales o lumbares. A múltiples niveles de la aorta está descrito como el signo de la espada de anillo china (*Chinese ring-sword sign*). Presentamos un caso de *blood pool* intramural tras HIM agudo.

Material: Varón de 57 años con antecedentes de dislipidemia, diabetes y miocardiopatía no isquémica, que ingresa por cuadro de dolor centro torácico

intenso, no irradiado y acompañado de cortejo vegetativo. Se completa estudio con angiotomografía computarizada (aTC), confirmando un HIM.

Metodología: Tras hallazgos, se ingresa al paciente en Unidad de Reanimación para control del dolor y tensional con buena respuesta a tratamiento médico. El aTC de control a las 48 horas y a la semana se mantienen estables, por lo que es dado de alta hospitalaria.

Resultados: El paciente acude a primera revisión asintomático con nueva prueba de imagen donde se observa la práctica resolución del HIM, pero con aparición de múltiples pequeños pseudoaneurismas de ramas torácicas y lumbares, compatibles con *blood pools* intramurales sugestivos del signo de la espada de anillo china. Tras revisión bibliográfica, se decide manejo conservador, con controles mediante aTC a los tres meses y al año, con una evolución favorable.

Conclusiones: El *blood pool* intramural se trata de una asociación radiológica poco frecuente, que presenta una evolución benigna, siendo un signo de estabilidad que en ocasiones se resuelve de forma espontánea, aunque requiere un seguimiento clínico y radiológico.

P 56. INJERTO ARTERIOVENOSO PROTÉSICO EN LOOP FEMORAL COMO ACCESO DE ÚLTIMO RECURSO: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

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: El injerto arteriovenoso de muslo en configuración de *loop* es una alternativa quirúrgica en pacientes con agotamiento de accesos vasculares en extremidades superiores. Se busca documen-

tar el éxito técnico y la permeabilidad a medio plazo, comparando los resultados del caso con la evidencia disponible sobre tasas de infección e isquemia en este tipo de accesos.

Material: Mujer de 59 años con antecedentes de enfermedad renal poliquística, obesidad mórbida y síndrome de vena cava superior (trombosis de ambas subclavias) con múltiples fracasos previos de accesos en miembros superiores e inferiores (Shaldon femoral derecho). Dependiente de catéter femoral derecho insuficiente que obligaba a diálisis diaria. Se empleó una prótesis de PTFE de 6 mm x 40 cm, no anillada. Ante contraindicación de uso de heparina sódica (hemorragia y hematomas graves), el manejo anticoagulante se realizó con apixabán.

Metodología: En septiembre de 2025 se realizó un *bypass* arteriovenoso en configuración de *loop* en el muslo izquierdo. La anastomosis arterial se realizó de forma término-lateral a la arteria femoral superficial (previa comprobación de permeabilidad y ausencia de calcificación en consulta) y la venosa a la transición safeno-femoral. Se administró profilaxis antibiótica con cefazolina.

Resultados: La intervención finalizó con éxito técnico, objetivándose frémito (*thrill*) inmediato y manteniendo pulso pedio palpable. A los 8 días: el eco-Doppler mostró un flujo (Qa) de 900 ml/min, profundidad de 3-5 mm, linfocele menor (1,8 x 2,8 cm) y dehiscencia de herida quirúrgica sin exposición de prótesis. A los 2 meses: dehiscencia resuelta con curas locales y seguimiento riguroso e inicio de hemodiálisis con Qa de 1200 ml/min y ausencia de nuevas complicaciones isquémicas o infecciosas.

Conclusiones: La evidencia disponible indica que, si bien los injertos protésicos femorales presentan un riesgo de infección elevado (hasta un 46 % en algunas series), ofrecen una permeabilidad secundaria significativamente superior a la de los catéteres venosos permanentes (88 % frente a 28 %). En este caso se demuestra que el *loop* femoral protésico es una solución duradera y eficaz para pacientes con agotamiento de accesos vasculares superiores.

El seguimiento estrecho y la técnica quirúrgica son claves para mitigar las complicaciones linfáticas y trombóticas descritas en la literatura.

P 59. SÍNDROME CORONARIO-SUBCLAVIO: UNA CAUSA INFRECUENTE DE DOLOR TORÁCICO EN PACIENTES CON BYPASS CORONARIO

Manuel Santiago Elías, César Varela Casariego, Ania Irly García Gutiérrez, Fausto René Romero Sarmiento, Víctor Martínez Vales, José Antonio González Fajardo

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Objetivos: El síndrome coronario-subclavio (SCS) es una complicación infrecuente tras *bypass* coronario con arteria mamaria interna (AMI) con una incidencia de un 0,2-6 %. Para que se produzca, es necesaria una estenooclusión de la arteria subclavia izquierda (ASI) proximal al *bypass*, que provoca un defecto hemodinámico que da lugar a una inversión de flujo en la AMI. La manifestación clínica más frecuente es la angina recurrente, aunque algunos pacientes presentan dolor torácico inespecífico capaz de enmascarar el diagnóstico de SCS. El retraso diagnóstico puede desembocar en síndrome coronario agudo a pesar de presentar un injerto permeable.

Material: Presentamos el caso de un varón de 56 años que había requerido triple *bypass* coronario (AMI-DA, AMD-PL, VSI-DP) por SCASEST. Tras 16 meses de la intervención el paciente desarrolló dolor de características osteoarticulares en tórax y hombro izquierdo, exacerbado con la movilización de miembro superior izquierdo (MSI), siendo derivado a Traumatología. Acudió a nuestra consulta por diferencia tensional de 40 mmHg entre miembros superiores y ausencia de pulsos en MSI. Se realizó ECO Doppler que demostró ASI permeable con curvas monofásicas y flujo en arteria vertebral invertido. Se decidió realizar angio TC urgente que demostró estenosis significativa de ASI proximal a *bypass* AMI-DA. La valoración cardiológica no evidenció elevación

de troponinas ni cambios en el ECG. Dada la sospecha de SCS, se decidió tratamiento endovascular de ASI preferente.

Metodología: Se implantó *stent* Omnilink 8 x 39 mm (Abbot®) en ASI por vía humeral izquierda. La arteriografía de control demostró buen resultado morfológico del *stent* implantado y *bypass* AMI-DA permeable sin estenosis.

Resultados: El paciente no presentó complicaciones y su clínica remitió por completo tras la intervención. Un ECO doppler al mes de la intervención evidenció la permeabilidad del procedimiento.

Conclusiones: El SCS es una condición infrecuente, de difícil diagnóstico y con complicaciones potencialmente letales, que debe sospecharse en pacientes con dolor torácico inespecífico sometidos a *bypass* coronario. En este contexto, los procedimientos endovasculares son seguros y ofrecen buenos resultados. El cribado perioperatorio de estenosis de la ASI puede ser relevante en pacientes sometidos a revascularización miocárdica.

P 101. ESTRATEGIA TERAPÉUTICA HÍBRIDA EN EL TRATAMIENTO DE ARTERIA SUBCLAVIA DERECHA ABERRANTE SINTOMÁTICA

Natalia Orozco González, Ana Isabel Guillén Cascales, Celia Rioja Olmedo, Pedro Julián García Garrido, Rocío Belén Rodríguez Carmona, Rodrigo Eduardo Yoldi Bocanegra

Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería

Objetivos: La arteria subclavia derecha aberrante (ASDA) es la anomalía más frecuente del arco aórtico, con una incidencia del 0,5-1 %. Su origen distal a la subclavia izquierda puede causar compresión esofágica posterior y generar disfagia, disfonía o dolor torácico, fenómeno conocido como disfagia lusoria. No existe consenso sobre su tratamiento, reservándose la cirugía para casos sintomáticos o con dilataciones aneurismáticas, como el divertículo de Kommerell, por riesgo de disección. Se propone una estrategia híbrida para el tratamiento de la patología.

Material: Se presentan dos mujeres con disfagia secundaria a ASDA.

- *Caso 1.* Paciente de 70 años, HTA, con disfagia presenta ASDA aberrante retroesofágica en TAC.
- *Caso 2.* Paciente de 54 años con ASDA sintomática y EDA normal.

Metodología: Ambas fueron tratadas mediante un abordaje híbrido, realizando embolización del origen del vaso aberrante vía punción femoral retrógrada y exclusión del vaso con dispositivos Amplatzer y *bypass* carotidosubclavio derecho con tunelización retroyugular para la repermeabilización de MSD.

Resultados: El tratamiento actual de la disfagia lusa se basa en la exclusión del trayecto retroesofágico del vaso aberrante y la revascularización del miembro afectado. Las técnicas híbridas y endovasculares han demostrado ser alternativas seguras y eficaces frente a la cirugía abierta.

Conclusiones: Se propone el abordaje combinado mediante embolización con Amplatzer y *bypass* carotidosubclavio con injerto de PTFE anillado, logrando resolución sintomática y preservación del flujo en el miembro.

P 125. RECANALIZACIÓN ENDOVASCULAR DE TROMBOSIS CRÓNICA DE VENA CAVA INFERIOR COMO CAUSA DE SÍNDROME DE CONGESTIÓN PÉLVICA EN VARÓN

Leyre Buces Múgica, Leire Ortiz de Salazar Linaza, Alba Monasterio Calderón, Amaia Arruabarrena Oyarbide, María Castrillo Cornejo, Camila Pinto Hernández, Víctor Manuel Delgado Caro
Hospital Universitario de Cruces. Bilbao

Introducción y objetivos: El síndrome de congestión pélvica (SCP) es una enfermedad infradiagnosticada en la población general. En el caso de los hombres, su diagnóstico es todo un desafío. Debe sospecharse ante la presencia de varices testiculares, circulación colateral de miembros inferiores o dolor pélvico crónico sin causa aparente. Presentamos

el caso de un paciente varón con SCP secundario a trombosis crónica de vena cava inferior, resuelto de manera eficaz mediante técnicas endovasculares.

Material: Varón de 58 años, hipertenso, dislipémico, fumador, con accidente isquémico transitorio previo y hernia inguinal derecha pendiente de estudio. Presenta clínica de dolor testicular y sensación de pesadez en hipogastrio de años de evolución, sin diagnóstico hasta la fecha. A la exploración, se observan varices testiculares y varices en cara interna y proximal de ambos muslos.

Metodología: En TAC realizado en estudio de hernia inguinal, se objetiva contenido consistente en una importante dilatación varicosa, asociando trombosis de vena cava inferior, sin trombosis de eje ilíaco, y abundante circulación colateral retroperitoneal. Ante estos hallazgos, se decide recanalización unidireccional, vía punción femoral bilateral. Tras la confirmación de la posición intraluminal de la guía, se procede a predilatar progresivamente la cava y colocación de *stent* Sinus XL 24 x 100 mm enrasado a vena renal derecha. Posteriormente, se realiza *stenting* ilíaco *double barrel* con *stents* Abre 14 x 150 mm. La flebografía de control mostró adecuada expansión de los *stents*, restauración del flujo anterógrado y disminución de la circulación colateral.

Resultados: Tras la cirugía, el paciente presenta mejoría clínica y disminución de varices visibles. En el seguimiento se confirma permeabilidad de la técnica mediante ecografía al mes y a los dos meses.

Conclusiones: El SCP en el varón es una entidad limitante, poco frecuente e infradiagnosticada, que debe considerarse ante la presencia de varices testiculares atípicas, circulación colateral en miembros inferiores o dolor pélvico crónico. La trombosis crónica de la vena cava inferior constituye una causa excepcional pero relevante, cuyo diagnóstico requiere alto índice de sospecha. La recanalización y reconstrucción endovascular del eje cava-ilíaco constituye una alternativa segura y eficaz, resolviendo la sintomatología y restaurando el drenaje venoso fisiológico, mejorando la calidad de vida de estos pacientes.

P 145. ENDOFUGA DE TIPO III: REALINEADO EXTREMO

Lucía Sánchez Molina, Roberto Salvador Calvo, Óliver Bonnelly González, Julián Flórez García, Laura Torrego Álvarez, José Antonio Carnicero Martínez

Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca

Introducción y objetivos: La desconexión de los módulos aórticos constituye una complicación grave e infrecuente tras la reparación endovascular de aneurisma aórtico (EVAR). Los factores predisponentes pueden ser el solapamiento insuficiente, la migración del injerto o la anatomía vascular compleja. La resolución puede ser un reto técnico, por el desplazamiento de los módulos implicados, en ocasiones, extremo.

Material: Varón de 79 años con múltiples factores de riesgo cardiovascular, monorroño, con antecedentes de injerto aortobiilíaco, que posteriormente precisó una nueva intervención mediante EVAR con chimenea a mesentérica superior por presentar pseudoaneurisma aórtico proximal roto. Actualmente, acude a urgencias por clínica de abdominalgia, presentando en angio TC endofuga de tipo III con desplazamiento extremo de los módulos, por lo que se decide intervención quirúrgica.

Metodología: Se decide realizar tratamiento urgente por sintomatología del paciente. Desde un único puerto femoral, se introduce de forma paralela un balón de remodelado (Reliant) y catéter multipropósito. Mediante tracción del módulo distal con Reliant inflado, se consigue la cateterización simultánea del módulo proximal, tras lo que se implanta endoprótesis aórtica Endurant como puente. En control posterior, se confirma la exclusión de la fuga tipo III.

Resultados: Posteriormente a la reparación el paciente se encuentra asintomático, sin presentar complicación a nivel de acceso. En angio TC de control a 3 meses, se evidencia permeabilidad de la prótesis sin imagen de endofuga. Actualmente, el paciente se encuentra en seguimiento en nuestras consultas.

Conclusiones: Las endofugas de tipo III son complicaciones tardías tras la reparación endovascular de aneurisma aórtico, con alto riesgo de rotura. Aunque pueda resultar un reto técnico, su diagnóstico precoz y su manejo quirúrgico pueden evitar consecuencias fatales para el paciente.

P 241. LA ARCADEA DE RIOLANO COMO VÍA DE RESCATE: EMBOLIZACIÓN SUPRASELECTIVA RETRÓGRADA DE ARTERIA MESENTÉRICA INTERIOR EN ENDOFUGA DE TIPO II TRAS EVAR

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

Objetivos: Las endofugas de tipo II son la complicación más frecuente tras la reparación endovascular del aneurisma de aorta abdominal (EVAR). Aunque en la mayoría se puede mantener un manejo conservador, el crecimiento progresivo del saco aneurismático se asocia a mayor riesgo de rotura por lo que supone una indicación de tratamiento. La embolización selectiva de los vasos nutricios es la estrategia recomendada, si bien el acceso anatómico puede ser complejo y requerir técnicas avanzadas de cateterización.

Material: Presentamos el caso de un paciente intervenido mediante EVAR por aneurisma de aorta abdominal de 57 mm, que durante el seguimiento mostró crecimiento del saco aneurismático hasta 68 mm en relación con endofuga de tipo II dependiente de arteria mesentérica inferior (AMI).

Metodología: Se realiza, por acceso femoral, cateterización selectiva de AMS, visualizando arcadea de Riolano permeable con relleno retrógrado de AMI. Mediante cateterización supraseductiva con microcatéter se consigue acceso distal a la AMI, realizándose embolización dirigida con *coils* del tronco principal y de una rama colateral descendente para excluir el flujo retrógrado.

Resultados: El procedimiento se completó con éxito, sin complicaciones viscerales o del sitio de punción. En el angio TAC de control al mes, se objetiva ausencia de endofugas y estabilidad del saco aneurismático.

Conclusiones: La embolización supraselectiva retrógrada de la AMI a través de la arcada de Riolo, constituye una técnica eficaz y mínimamente invasiva para el tratamiento de endofugas de tipo II con crecimiento del saco. La planificación anatómica antes del procedimiento y la cateterización supraselectiva, a pesar de la aparente dificultad técnica, resultan determinantes para el éxito terapéutico.

P 98. CRECIMIENTO PERSISTENTE DE SACO EN TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE AORTA ABDOMINAL COMPLEJA

María Castrillo Cornejo, Gonzalo Bonmatí Saso, Víctor Manuel Delgado Caro, Leyre Buces Múgica, Roberto Gómez Vivanco
Hospital Universitario Cruces. Barakaldo, Bizkaia

Objetivos: El abordaje endovascular de la patología aneurismática mediante endoprótesis, se ha consolidado como alternativa menos invasiva y eficaz frente a la cirugía convencional. La endofuga, definida como persistencia de perfusión del saco, representa su complicación más relevante con impacto directo en la estabilidad del injerto y éxito de la técnica.

Material: Presentamos el caso de un paciente varón con antecedente de reparación de aneurisma de aorta abdominal infrarrenal mediante FEVAR (*Fenestrated Endovascular Aortic Repair*).

Metodología: Durante el seguimiento, el paciente presenta crecimiento progresivo del saco sin objetivar en ninguna de las ocasiones clara endofuga en tomografía axial computarizada (TAC). Por ello, precisó de varios tratamientos endovasculares que se exponen a continuación.

Resultados: Ante crecimiento persistente del saco sin clara endofuga en el TAC se decide la colocación de un TEVAR (*Thoracic Endovascular Aortic Repair*) para sellado proximal. Durante el seguimiento, persiste crecimiento del saco sin identificar origen en pruebas complementarias embolizándose así arterias lumbares. Meses más tarde, se realiza extensión distal a ambas arterias ilíacas por endofuga no resuelta. En nuevo control, crecimiento progresivo del saco a pesar de tratamientos endovasculares previos por lo que finalmente se decide realizar aneurismorrafia con previo refuerzo endovascular de arterias renales donde se objetiva posible endofuga de tipo IV por porosidad protésica. Así mismo se realiza ligadura de arteria mesentérica inferior (AMI). Ante hallazgos, se programa nueva reparación endovascular. Se realiza realineamiento de molde protésico previo mediante *cuff* y neobifurcación aórtica con extensión ilíaca bilateral.

Conclusiones: Durante el seguimiento, no se objetiva crecimiento del saco ni endofugas, con buen posicionamiento protésico. En pacientes con crecimiento persistente de saco una vez descartados otros tipos de endofugas, es importante destacar las tipo IV como mecanismo de aumento de presurización del saco a pesar de su baja frecuencia y difícil diagnóstico, ya que suponen una complicación relevante asociada a un alto riesgo de rotura. En definitiva, la sospecha clínica de presencia de endofugas de tipo IV debe formar parte del algoritmo diagnóstico cuando existe un crecimiento de saco sin causa aparente.

P 133. ANEURISMA DE ARTERIA FEMORAL PROFUNDA: UN ANEURISMA DE LOCALIZACIÓN INUSUAL

Sandra García Portillo, Irene Leal Chavarría, Mike Rusdiana Hamidah, Eulogio Fernández-Reyes Falcón, Nuria García García, Marta Ballesteros Pomar
Complejo Asistencial Universitario de León. León

Objetivos: Presentamos un caso de un aneurisma de arteria femoral profunda (AFP) en una paciente con degeneración polineurismática en miembro inferior izquierdo (MII).

Material: Mujer de 65 años hipertensa y diabética, sin antecedentes de traumatismos ni cirugías ortopédicas previas, es derivada a consulta por hallazgo incidental de aneurisma de AFP. A la exploración presenta pulso femoral expansivo en MII. Se solicita angio TC en el que se evidencia en MII arteria hipogástrica de 27 mm, arteria femoral común (AFC) de 18 mm, displasia aneurismática de la AFP con un diámetro máximo de 22 mm, arteria femoral superficial (AFS) de calibre conservado y arteria poplítea de 18 mm. Resto de estudio dentro de la normalidad.

Metodología: Se planifica reparación quirúrgica en dos tiempos. En un primer tiempo se intenta embolización de ramas subsidiarias del aneurisma de AFP, sin éxito debido a su elongación y tortuosidad. Posteriormente, mediante abordaje retroperitoneal y transfemoral, se realiza resección del aneurisma con interposición de injerto (Dacron® plata 7 mm) iliofemoral a profunda y reimplante de la AFS. Durante la intervención presenta importante friabilidad de todas las estructuras vasculares, precisando poli-transfusión.

Resultados: Mantiene pulsos distales tras la reparación. Alta al cuarto día posoperatorio, sin complicaciones. En angio TC de control a los tres meses de la intervención, mantiene el *bypass* permeable, y no presenta degeneración ni estenosis de anastomosis.

Conclusiones:

1. Los aneurismas de AFP son muy poco frecuentes, con pocos casos descritos en la literatura, suponiendo un 0,5 % de los aneurismas periféricos.
2. El tratamiento quirúrgico es una opción segura para evitar complicaciones como síntomas compresivos o la rotura.
3. Aunque se ha descrito la ligadura como técnica de reparación, siempre y cuando sea posible habría que preservar la AFP distal y la AFS.

P 168. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE STENTS VISCERALES “EN BANANA” EN CONTEXTO DE TRATAMIENTO DE DISECCIÓN AÓRTICA DE TIPO B

Álvaro Salinas Cánovas, María Hernández Parreño, Juan Pablo Parra Uribe, Iván Constenla García, Sergi Bellmunt Montoya
Hospital Universitari Vall d’Hebron. Barcelona

Objetivos: Descripción de caso clínico de reparación de aposición longitudinal de *stents* en tronco celíaco y mesentérica superior, colocados en contexto de rescate del tronco celíaco en disección de aorta torácica descendente tratada mediante TEVAR con oclusión involuntaria de dicho tronco.

Material: Paciente de 57 años, HTA mal controlada, IRC en diálisis, obesidad mórbida; presenta disección aórtica torácica tipo B con signos de mal pronóstico, por lo que se trata mediante TEVAR, con oclusión accidental del tronco celíaco.

Metodología: Se coloca *stent* autoexpandible en arteria mesentérica superior por presentar *flap* de disección y se observa relleno retrógrado de las ramas del tronco celíaco, por lo que se rescata realizando *stenting* del mismo “en periscopio” con *stent* balón-expandible cubierto, con correcta permeabilidad de ambas arterias al finalizar y comprobación arteriográfica en varias proyecciones que no muestra contacto entre los *stents*. En angio TC de control a la semana, se evidencia contacto completo en aposición longitudinal entre los *struts* de sendos *stents*.

Resultados: Por riesgo de trombosis de sendos *stents* y de isquemia mesentérica, se realiza cateterización y colocación *intrastent* previos en mesentérica superior y tronco celíaco de dos *stents* descubiertos autoexpandibles de forma paralela, con resolución del contacto entre el *stent* mesentérico y el periscopio. Angio TC de control a los 3 meses que muestra permeabilidad de *stents* y ausencia de aposición de cualquier tipo de los mismos, con paciente asintomático.

Conclusiones: El rescate de dos *stents* viscerales en riesgo en aposición longitudinal mediante *restenting* de los mismos es factible y la permeabilidad a corto plazo es buena. Es preciso realizar seguimiento a largo término.

P 194. FRACTURA TRAUMÁTICA DE RAMA ILÍACA TRAS ENDOPRÓTESIS AÓRTICA

David Alejandro Vargas Larriva, José Raúl García Casas, Rodrigo Fernández González, Marta González Fernandes, Esther Castillo Mañas, Carles Sebastián Hernández Obando
Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.
Pontevedra

Objetivos: Describir el manejo endovascular de una endofuga de tipo III secundaria a desanclaje y fractura de rama ilíaca tras reparación endovascular de aneurisma (EVAR), precipitada por traumatismo de baja energía.

Material: Varón de 79 años con antecedentes de HTA, dislipemia, IRC, FA anticoagulada, cirrosis hepática con hipertensión portal y macroglobulinemia de Waldenström. Mediante una ecografía se detectó de forma casual, que posteriormente se confirmó con un angio TC un AAA infrarrenal de 36 mm asociado a aneurisma de arteria ilíaca común derecha de 52 mm y de ilíaca común izquierda de 29,2 mm.

Metodología: En octubre de 2024 se realizó reparación endovascular mediante implantación de endoprótesis aórtica Alto® de 26 mm, asociando una endoprótesis de rama ilíaca izquierda (IBE) Gore® 23, con rama hipogástrica de 16, y embolización de la arteria hipogástrica derecha. El procedimiento permitió una adecuada exclusión aneurismática inicial. Durante el seguimiento, el paciente acudió a urgencias tras traumatismo en cadera por caída. Clínicamente se encontraba estable y asintomático desde el punto de vista vascular. Sin embargo, el angio TC evidenció endofuga de tipo III secundaria a desanclaje y probable fractura de la rama ilíaca derecha,

con crecimiento del saco aneurismático ilíaco hasta 58 × 55 mm. Dado el elevado riesgo quirúrgico, se indicó tratamiento endovascular urgente.

Resultados: Se realizó *relining* de la rama ilíaca derecha mediante implantación de endoprótesis Ovation® 18 × 160 mm, utilizando abordaje combinado femoral derecho y braquial izquierdo. Se consiguió sellado proximal sobre la endoprótesis previa y distal en arteria femoral común. El procedimiento se completó sin incidencias. El control angiográfico mostró exclusión completa del saco aneurismático, sin endofugas residuales. La evolución posoperatoria fue favorable, sin complicaciones. Los controles radiológicos posteriores confirmaron la estabilidad del resultado y ausencia de recurrencia de la endofuga de tipo III.

Conclusiones: La fractura o desconexión de ramas ilíacas tras EVAR es una complicación infrecuente pero potencialmente grave, que puede manifestarse de forma diferida y precipitarse tras traumatismos incluso de baja energía. El angio TC es fundamental para su diagnóstico, especialmente en pacientes asintomáticos. El *relining* endovascular constituye una alternativa segura y eficaz en pacientes de alto riesgo, permitiendo resolver la complicación y evitar cirugía abierta.

P 237. QUISTE ADVENTICIAL EN ARTERIA POPLÍTEA ASOCIADO A FÍSTULA ARTERIOVENOSA CON ANTECEDENTE DE TRAUMATISMO

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

Objetivos: La enfermedad quística adventicial (EQA), es una patología vascular infrecuente, con una incidencia aproximada del 0,01 %. Se caracteriza por la acumulación de material mucinoso en la capa adventicia arterial, pudiendo provocar

estenosis luminal secundaria a compresión extrínseca. Su etiopatogenia no está claramente establecida, postulándose teorías relacionadas con alteraciones del tejido conectivo, traumatismos, comunicación con líquido sinovial desde articulaciones adyacentes... La arteria poplítea es la localización más frecuente, afectando predominantemente a varones jóvenes sin factores de riesgo cardiovascular.

Material: Presentamos el caso de un paciente varón, de 59 años, sin factores de riesgo cardiovascular, con clínica de claudicación intermitente a cortas distancias de un año de evolución, que refiere como antecedente relevante traumatismo en región poplítea. Tras distintas valoraciones iniciales sin diagnóstico concluyente, fue derivado a nuestro centro.

Metodología: El paciente acude aportando informe de angio RMN sin hallazgos relevantes. Se realizó exploración vascular completa, y pruebas complementarias, sugestivas de quiste adventicial asociado a fístula arteriovenosa por lo que se indicó tratamiento quirúrgico. Se realizó resección completa del quiste adventicial, mediante abordaje posterior, objetivando arteria poplítea subyacente estructuralmente sana, con recuperación inmediata de su calibre habitual, así como cierre de la comunicación arteriovenosa.

Resultados: Tras la resección completa, se confirmó la integridad de la arteria poplítea sin necesidad de reconstrucción vascular. El posoperatorio transcurrió de manera favorable, con resolución completa de la clínica de claudicación y sin complicaciones vasculares.

Conclusiones: A pesar de ser una entidad poco frecuente, la EQA debe considerarse en pacientes jóvenes, con clínica de claudicación, y sin antecedentes de factores de riesgo para enfermedad arterial periférica. El diagnóstico precoz y el tratamiento quirúrgico dirigido mediante resección adventicial permite restaurar el flujo arterial y obtener excelentes resultados.

P 27. OCLUSIÓN AGUDA DEL TRONCO CELÍACO, UN DESAFÍO PARA LA TROMBECTOMÍA PERCUTÁNEA

Blanca Expósito Camacho, Sandra Vicente Jiménez, Myriam Perera Sabio, Miguel Herrero Marco, Ignacio Querol Cisneros, Luis de Benito Fernández
Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón, Madrid

Objetivos: La oclusión aguda del tronco celiaco representa un cuadro clínico poco frecuente con una tasa de mortalidad que puede alcanzar el 50 %. Aunque clásicamente la trombectomía quirúrgica ha sido el estándar de tratamiento, en los últimos años las técnicas endovasculares han surgido como una alternativa mínimamente invasiva.

Material: Presentamos el caso de un paciente de 34 años, con antecedentes de tabaquismo, que consultó de urgencia por dolor abdominal difuso de 72 horas de evolución. A la exploración presentaba signos de defensa abdominal en epigastrio, y analíticamente destacó una marcada leucocitosis y una trombocitosis severa. El angio TC abdominal reveló una oclusión completa del tronco celíaco secundaria a la extensión de un trombo mural en la aorta descendente, asociada a infarto esplénico extenso.

Metodología: Se realizó una revascularización endovascular urgente mediante abordaje humeral izquierdo ecoguiado (introdutor 6 Fr, 90 cm). Tras la recanalización se procedió a la trombectomía mecánica percutánea con el sistema AngioJet (Boston Scientific, MA, EE. UU.) utilizando 500 pulsos de solución salina heparinizada y completando con angioplastia simple con Armada 35 de 9 x 40 mm (Abbott Laboratories, IL, EE. UU.). Debido a un nuevo evento trombótico a las 24 horas, se realizó un segundo abordaje con el mismo sistema, esta vez empleando 250 000 UI de uroquinasa e implantando tras la trombectomía una endoprótesis recubierta VBX 8 x 39 mm (W. L. Gore & Associates, AZ, EE. UU.).

Resultados: El procedimiento inicial logró una lisis parcial del trombo superior al 50 %. Tras la segunda trombectomía y la colocación del *stent* recubierto,

se obtuvo un excelente resultado angiográfico con permeabilidad completa del tronco celíaco. Aunque el paciente presentó una oclusión posterior de la arteria hepática común refractaria a fibrinólisis local, el manejo con anticoagulación sistémica intensiva permitió una evolución favorable. El paciente fue dado de alta al 20º día posoperatorio, permaneciendo asintomático y con permeabilidad mantenida del tronco celíaco confirmada en angio TC durante el seguimiento.

Conclusiones: La trombectomía mecánica percutánea constituye una estrategia mínimamente invasiva, segura y técnicamente factible para tratar oclusiones agudas del tronco celíaco, a pesar de ser un uso actualmente fuera de indicación (*off-label*). Se necesitan estudios en el futuro para analizar su permeabilidad a medio y largo plazo.

P 45. ANEURISMA DE LA ARTERIA SUBCLAVIA COMO COMPLICACIÓN DEL SÍNDROME DEL OPÉRCULO TORÁCICO ARTERIAL POR COSTILLA CERVICAL

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

Objetivos: Presentar un caso infrecuente de síndrome del opérculo torácico arterial complicado con aneurisma subclavio y oclusión crónica distal.

Material: Varón de 48 años, sin antecedentes relevantes, diagnosticado de síndrome del opérculo torácico secundario a la presencia de una costilla cervical a nivel de C7, asociado a aneurisma de la arteria subclavia derecha. Presentaba ausencia de pulsos en todo el miembro superior derecho y clínica leve con la abducción del brazo, no invalidante, permaneciendo asintomático en reposo.

Metodología: El estudio diagnóstico incluyó angio TC, resonancia magnética y angiografía. Se objetivó un aneurisma parcialmente trombosado en el tercio medio de la arteria subclavia derecha (2,2 × 1,7 cm), junto con oclusión crónica de las arterias axilar y humeral,

con perfusión distal mantenida a través de la arteria humeral profunda y circulación colateral. La sintomatología evolucionó progresivamente, condicionando una limitación funcional significativa en su actividad laboral. A pesar de la obstrucción crónica de la arteria humeral, se decidió la reparación directa del aneurisma y la descompresión del opérculo torácico, dada la adecuada red colateral hacia las arterias supraescapular y circunflejas del hombro. Se realizó un abordaje combinado mediante incisión infraclavicular derecha y cervical supraclavicular medial, permitiendo el control proximal y distal de la arteria subclavia. Se llevó a cabo la resección del aneurisma y reconstrucción mediante anastomosis término-terminal de extremos arteriales, asociando sección del músculo escaleno anterior y resección completa de la costilla cervical, sin incidencias. La angiografía intraoperatoria confirmó la permeabilidad de la arteria subclavia, persistiendo las oclusiones distales previamente conocidas.

Resultados: El paciente recuperó pulso radial tras la intervención y fue dado de alta al séptimo día posoperatorio sin complicaciones. Tras seguimiento de siete años, mantiene pulso radial con resolución completa de la clínica.

Conclusiones: El síndrome del opérculo torácico arterial secundario a costilla cervical puede asociarse a aneurisma subclavio y enfermedad oclusiva distal, generando clínica progresiva y limitación funcional. La cirugía abierta con resección del aneurisma, escalectomía anterior y exéresis de la costilla cervical corrige la causa mecánica y permite una recuperación hemodinámica eficaz, incluso en presencia de obstrucción crónica distal, con resultados clínicos y anatómicos duraderos a largo plazo.

P 102. CORAL REEF AORTA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Elena María Déniz Hernández, Ángel Galindo Cordero, Melissa Lerzundy Henao, Agustín Medina Falcón, Efrén Martel Almeida, Guido Volo Pérez
Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria

Objetivos: Se describe un caso de *coral reef aorta*, una entidad rara caracterizada por ateromatosis cálcica severa con estenosis significativa u oclusión de la aorta toracoabdominal, y se revisan sus implicaciones diagnósticas y terapéuticas. Se pretende resaltar la importancia del diagnóstico precoz y la utilidad del abordaje endovascular como alternativa terapéutica en pacientes seleccionados.

Material: Se trata de una mujer de 59 años, estudiada por hipertensión arterial refractaria. Presentaba antecedentes de dislipemia, tabaquismo activo y claudicación intermitente. La exploración física mostró pulsos femorales conservados, con ausencia de pulsos distales en miembro inferior izquierdo y pedio en miembro inferior derecho. Se realizaron pruebas complementarias incluyendo monitorización ambulatoria de presión arterial, ecocardiografía, Doppler vascular e imagen avanzada mediante angio TC, en donde se evidencia el *coral reef aorta*.

Metodología: Se llevó a cabo una evaluación clínica e instrumental completa para determinar la causa de la hipertensión refractaria y de la sintomatología isquémica periférica. El estudio reveló hipertensión con patrón no *dipper*, gradiente aórtico significativo, función sistólica preservada e hipertrofia septal moderada. El Doppler evidenció enfermedad iliofemorales bilateral con índice tobillo-brazo patológico (0,62 en miembro inferior derecho, 0,45 en miembro inferior izquierdo). El angio TC confirmó la estenosis crítica de aorta torácica descendente distal a la subclavia izquierda. Tras la valoración multidisciplinar, se realizó el implante programado de endoprótesis torácica cubierta.

Resultados: El procedimiento endovascular se realizó sin incidencias. Durante el seguimiento clínico se observó mejoría de la claudicación intermitente, aumento de los índices tobillo-brazo y mejor control tensional, permitiendo reducir el tratamiento antihipertensivo. No se registraron complicaciones inmediatas relacionadas con el procedimiento ni en el seguimiento posterior.

Conclusiones: El *coral reef aorta* debe considerarse en el diagnóstico diferencial de pacientes con hiper-

tensión refractaria y síntomas isquémicos sistémicos. El diagnóstico precoz resulta clave para prevenir complicaciones. Aunque la cirugía abierta ha sido históricamente el tratamiento estándar, el abordaje endovascular emerge como una alternativa eficaz y menos invasiva en casos seleccionados. La baja prevalencia de la enfermedad limita la existencia de recomendaciones claras, por lo que se requieren estudios multicéntricos y seguimiento a largo plazo para estandarizar su manejo y optimizar la selección terapéutica.

P 154. REVASCULARIZACIÓN URGENTE AXILOHUMERAL TRAS TRAUMATISMO DEVASTADOR DE MIEMBRO SUPERIOR

Eulogio Fernández-Reyes Falcón, Irene Leal Chavarría, Sandra García Portillo, Mike Rusdiana Hamidah, Juan Carlos Fletes Lacayo, Marta Ballesteros Pomar

Complejo Asistencial Universitario de León. León

Objetivos: Presentar un caso de un traumatismo sobre miembro superior izquierdo (MSI) con importante afectación vasculonerviosa y de partes blandas.

Material: Varón de 35 años, sin antecedentes de interés, valorado en Urgencias tras presentar caída desde cuatro metros de altura sobre superficie acristalada. A la exploración presentaba traumatismo inciso-contuso en región axilar y brazo izquierdos con extensa destrucción muscular y ausencia de pulsos distales. Existía abolición de la sensibilidad y movilidad de la mano. Se realiza TC de cuerpo completo que descarta afectación de otros órganos. Se explora herida en quirófano objetivándose sección de la arteria axilar y la arteria humeral con contusión de los cabos proximal y distal. Además, se encuentra sección de nervio mediano.

Metodología: Posteriormente, se realiza injerto axilohumeral con vena safena interna derecha con anastomosis proximal termino-terminal a nivel de arteria axilar y anastomosis distal mediante técnica de Carrel inmediatamente proximal a bifurcación

de arteria humeral. Por último, se realiza marcaje de cabos de nervio mediano y aproximación de vientres musculares por parte del equipo de traumatología.

Resultados: Tras la intervención recuperó pulsos radial y cubital de miembro superior izquierdo. Requiere diecinueve días de ingreso con tratamiento antibiótico intravenoso por infección de heridas a nivel axilar. Se realizó angio TC de control de MSI comprobando permeabilidad del injerto y correcto aporte distal. Al alta persistía pérdida casi completa de fuerza y sensibilidad distal, siendo valorado por el equipo de neurocirugía, que intervino quirúrgicamente a los tres meses realizando injerto nervioso cubital izquierdo. Actualmente, paciente mantiene permeabilidad del injerto, heridas cicatrizadas y recuperación parcial de fuerza y sensibilidad a nivel distal de MSI.

Conclusiones: Este caso ilustra que la revascularización urgente mediante injerto venoso, junto con el manejo multidisciplinar de las lesiones nerviosas y de partes blandas, permite el salvamento del miembro incluso en traumatismos axilares devastadores.

P 50. NUEVA ALTERNATIVA BIOLÓGICA EN INFECCIÓN PROTÉSICA

Sara Merchán Cristeto, Óliver Bonnelly González, Julián David Flórez García, Lucía Sánchez Molina, Roberto Salvador Calvo, José Ángel Torrez Hernández
Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca

Objetivos: La infección del pseudoaneurisma pospunción es una complicación con una incidencia menor del 1 % pero con un elevado riesgo de rotura. Habitualmente requiere la reconstrucción arterial *in situ* mediante conductos biológicos que reduzcan el riesgo de infección del injerto, entre los que destacan alternativas emergentes como el xenoinjerto de carótida bovina.

Material: Paciente mujer de 71 años sometida a fibrinólisis dirigida por catéter mediante punción

femoral derecha. Reingresa de urgencia con hematoma inguinal que causa dolor intenso en contexto de fiebre y hemocultivos positivos para *Staphylococcus aureus*. Se realiza angio TC donde se visualiza pseudoaneurisma femoral derecho. Tras objetivar intraquirúrgico la destrucción del trípode femoral sin vena safena apta, se realiza *bypass* fémoro-femoral profunda protésico con PTFE + injerto secuencial a arteria femoral superficial. La herida evoluciona de forma tórpida en posoperatorio, con cultivo local positivo para *Klebsiella pneumoniae* OXA 48.

Metodología: Ante la sobreinfección por una bacteria gramnegativa multiresistente de la herida quirúrgica, se decide el recambio del injerto protésico por un xenoinjerto de carótida bovina como recurso ante la alta probabilidad de reinfección ante un recambio protésico convencional. En el procedimiento se realiza sartorioplastia y Friedrich de herida.

Resultados: En el posoperatorio persiste linfocoria en herida quirúrgica, con cultivos seriados negativos, por lo que se decide alta domiciliaria con revisión a corto plazo y antibioterapia empírica. En seguimiento se objetiva resolución del seroma sin datos infecciosos locales. En eco Doppler se confirma permeabilidad y ausencia de colección.

Conclusiones: El pseudoaneurisma infectado pospunción es una complicación que conlleva alto riesgo de infección persistente y destrucción tisular. El uso del xenoinjerto biológico de carótida bovina puede ser una alternativa eficaz, con baja probabilidad de reinfección y buena permeabilidad. Precisaríamos de una serie de casos con mayor tiempo de seguimiento para poder confirmar esta eficacia.

P 74. PSEUDOANEURISMAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: DOS CASOS EN NUESTRO CENTRO

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

Objetivos: Definimos como *pseudoaneurisma* a la lesión vascular con ruptura parcial de la pared arterial con extravasación sanguínea contenida por las capas externas de vaso (adventicia) o por los tejidos perivasculares adyacentes. La incidencia de esta patología en población pediátrica es significativamente menor que en adultos, pero potencialmente grave, generalmente relacionadas con procedimientos invasivos o traumatismos. A colación de lo dicho previamente, presentamos los siguientes casos clínicos.

Material: En nuestro caso, presentamos la siguiente serie de 2 casos: en primer lugar, presentamos a un lactante de 16 meses, con diagnóstico de síndrome de Down e hipertensión pulmonar, que precisa soporte con ECMO canalizando vena yugular interna y carótida común derecha el 31/12/2025 y en ecografía cervical de control por trombosis yugular se evidencia tumoración cervical dependiente de la carótida con señal Doppler en su interior (signo *yin yang*), confirmando diagnóstico con angio TC. A la exploración se aprecia tumoración laterocervical pulsátil de unos 2 cm. En segundo lugar, presentamos a un lactante de 8 meses que acude por cuadro de tumoración pulsátil en la flexura del codo con crecimiento progresivo tras extracción de analítica sanguínea hace 3 semanas. Se realiza ecografía y evidenciamos tumoración delimitada dependiente de la arteria braquial con señal Doppler en su interior (signo *yin yang*).

Metodología: Se realiza revisión bibliográfica sobre casos de pseudoaneurismas en edad pediátrica, así como los datos de nuestro propio centro.

Resultados: En ambos casos, dado el potencial riesgo de ruptura y las posibles complicaciones, se decide tratamiento quirúrgico. En el primer caso, realizamos resección del pseudoaneurisma y plastia con parche de yugular externa. En segundo caso, se optó por resección arterial y anastomosis termino-terminal de la misma.

Conclusiones: La aparición de este tipo de lesiones en edad pediátrica es muy infrecuente, teniendo diferentes opciones de tratamiento al igual que en el caso de pacientes adultos. Sin embargo, en ambos casos optamos por la reparación quirúrgica abierta.

P 83. COMPLICACIÓN TRAS INTENTO DE REVASCULARIZACIÓN ENDOVASCULAR Y POSTERIOR RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA

Rosario del Carmen Virola Zamora
Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

Objetivos: Se describe el manejo de una complicación endovascular durante intento de revascularización, en un caso de isquemia mesentérica crónica con clínica prolongada e inespecífica, inicialmente atribuida a patología digestiva, en una paciente pluripatológica, destacando el papel de la revascularización quirúrgica tras el fracaso del tratamiento endovascular.

Material: Mujer de 83 años, con antecedentes de cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, ictus isquémico e hipertensión arterial. Presenta historia de dolor abdominal posprandial, vómitos, diarrea intermitente y pérdida ponderal severa. En seguimiento por Digestivo con hallazgos inespecíficos en endoscopias y biopsias colónicas. En angio TAC se objetiva tronco celíaco permeable, aunque con gran calificación que condiciona estenosis crítica, oclusión larga de arteria mesentérica superior, con circulación colateral dependiente de arteria mesentérica inferior mediante arcada de Riolo.

Metodología: Ante la sospecha de angina mesentérica, se indica intento de revascularización endovascular mediante angioplastia transluminal percutánea. Se realizó aortografía con cateterización selectiva de la arteria mesentérica inferior, tras el cruce de la lesión y posicionamiento adecuado del balón, se realizaron sucesivas angioplastias sin incidencias. Sin embargo, durante la extracción del dispositivo se objetiva resistencia significativa a la retirada del mismo, evidenciando atrapamiento en una placa ateromatosa severamente calcificada, que provoca la rotura del balón durante su extracción, quedando un fragmento del mismo retenido en el interior del vaso. Tras el fracaso técnico, se instauró soporte nutricional y optimización clínica, programándose revascularización quirúrgica diferida.

Resultados: El procedimiento quirúrgico se completó realizando laparotomía media con disección

retroperitoneal y control vascular adecuado. Se evidenció material trombótico envolviendo el fragmento de balón, realizando extracción del mismo. Posteriormente se realiza *bypass* iliomesentérico con prótesis de PTFE anillada de 6 mm. Finalmente, se constató recuperación del flujo anterógrado y retrógrado, buen pulso mesentérico y adecuada perfusión intestinal, con motilidad conservada al cierre.

Conclusiones: La rotura y atrapamiento de balón en angioplastia mesentérica es una complicación rara pero potencialmente grave, especialmente en vasos con calcificación extensa. El fracaso del tratamiento endovascular en lesiones ostiales severamente calcificadas no contraindica la revascularización quirúrgica. El *bypass* iliomesentérico constituye una alternativa eficaz y segura en casos seleccionados, permitiendo restaurar la perfusión intestinal y mejorar la calidad de vida.

P 110. COMPLICACIONES TRAS CIRUGÍA ARTERIAL EN SÍNDROME DE BEHÇET CON AFECTACIÓN VASCULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

Paula Moja González, Ignacio de Loyola Agúndez Gómez, Gonzalo González Pérez, Natalia Moradillo Renuncio, Ruth Fuente Garrido, Julia Escalada Barrado
Hospital Universitario de Burgos. Burgos

Objetivos: La enfermedad de Behçet (EB) es una patología inflamatoria multisistémica que afecta predominantemente a varones jóvenes. El compromiso vascular más frecuente es la trombosis venosa periférica o visceral. Las manifestaciones arteriales incluyen aneurismas, pseudoaneurismas, estenosis y trombosis. Evaluaremos las posibles complicaciones en su tratamiento y posibilidades terapéuticas.

Material: Varón de 49 años con EB que consulta por tumoración inguinal de ocho días de evolución. Antecedente de trombosis venosas de repetición y aneurisma de arteria femoral común izquierda (AFCI) con tres cirugías de reparación: resección e injerto con dacrón, nueva resección e injerto con dacrón en pseudoaneurisma anastomótico distal más repara-

ción de anastomosis proximal con Viabahn y nueva reparación de pseudo anastomótico y sustitución por *bypass* con vena safena contralateral.

Metodología: En angio TC se evidencia AFCI permeable con imagen sugestiva de inflamación en tejido celular subcutáneo. El PET TC presenta realce a nivel del *stent* previo en arteria ilíaca externa, *bypass* inguinal y zonas adyacentes sugestivo de infección.

Resultados: Se decide la realización de un *bypass* con prótesis de material biológico vacuno (Artegraft®), desde ilíaca externa hasta el injerto venoso femoral previo. El sexto día posoperatorio requiere arteriografía urgente por sospecha de sangrado, sin extravasación de contraste. Horas más tarde, ante inestabilidad hemodinámica, se decide intervención urgente endovascular mediante sellado de eje iliofemoral con *stents* recubiertos desde *ostium* de hipogástrica hasta arteria femoral profunda (Viabahn 8 x 7,5 + 8 x 15 + 8 x 2,5 mm). A las 24 horas, el paciente precisa drenaje quirúrgico de hematoma por síndrome compartimental abdominal; posteriormente, buena evolución tras tres meses de alta sin nueva clínica hemorrágica o complicaciones.

Conclusiones: La afectación inflamatoria vascular a nivel del endotelio en la EB puede generar dudas diagnósticas con un cuadro infeccioso, que puede cambiar la indicación quirúrgica hacia técnicas de resección más agresivas, con mayor riesgo de complicaciones, como pseudoaneurismas y dehiscencias anastomóticas. El tratamiento endovascular puede ser una opción efectiva en patología arterial en EB con mejoría en el pronóstico posoperatorio.

P 162. ABORDAJE ENDOVASCULAR DE DISECCIÓN AÓRTICA DE TIPO B EN PACIENTE CON SÍNDROME DE MARFAN. DESAFÍOS DE LA ENFERMEDAD DEL TEJIDO CONECTIVO

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

Objetivos: El tratamiento endovascular de la disección de tipo B se ha consolidado en la población general, mostrando altas tasas de éxito. Sin embargo, su aplicación en pacientes con síndrome de Marfan no está claramente establecida.

Material: Se presenta el caso de un varón de 32 años con síndrome de Marfan, intervenido en el año 2020 según técnica modificada de Bentall por insuficiencia aórtica severa en relación a un aneurisma de raíz de aorta y aorta ascendente. En 2026 ingresa por dolor interescapular intenso e hipertensión con hallazgos compatibles con disección aórtica de tipo B. A pesar del manejo inicial en UCI para control de tensión arterial, el paciente presenta dolor abdominal junto con fallo renal y hepático debido a colapso de la luz verdadera a los 7 días, por lo que se decide intervención quirúrgica.

Metodología: Tras una correcta planificación preoperatoria se coloca endoprótesis de cayado aórtico de triple rama (Cook® Medical, Bloomington, EE. UU.) y técnica de *petti-coat* con endoprótesis torácica TX2 (Cook® Medical, Bloomington, EE. UU.) hasta unos centímetros por encima del tronco celiaco y Zenith Dissection Endovascular Stent desde las torácicas previas hasta tercio medio de aorta infrarenal.

Resultados: Se comprueba tanto arteriográficamente como con IVUS la correcta expansión de la luz verdadera y la permeabilidad de todas las ramas viscerales. Control mediante angio TC a las 24 h del procedimiento con mayor expansión de la luz verdadera respecto al estudio prequirúrgico, Paciente con evolución clínica favorable.

Conclusiones: Los resultados a largo plazo del empleo de técnicas endovasculares en pacientes con aortopatías genéticas no están completamente establecidos. No obstante, en determinados casos tales como pacientes de alto riesgo o reintervenciones, el abordaje endovascular debería ser considerado de elección. La planificación del procedimiento en pacientes con enfermedad de Marfan supone un desafío. El antecedente de cirugía de raíz aórtica previa es frecuente. En estos casos, la elección del punto

de anclaje proximal es clave, siendo recomendable la fijación al injerto de dacrón para evitar complicaciones como la progresión aneurismática. Asimismo, el empleo del Zenith Dissection Endovascular Stent contribuye a mejorar el proceso de remodelado aórtico sin comprometer ramas viscerales previniendo la progresión de la enfermedad.

P 189. LESIÓN CERRADA DE ARTERIA POPLÍTEA CON DESTRUCCIÓN INTIMAL TRAS TRAUMATISMO POR APLASTAMIENTO: MANEJO QUIRÚRGICO Y RESULTADOS

Sofía García Bello, Rolando Antonio Báez de la Rosa, Cristina Serrallé Mallo, Elena Gallego Romero, José Luis Durán Mariño
Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo

Objetivos: Presentar un caso de isquemia aguda traumática por lesión cerrada de arteria poplítea, destacando la importancia de sospechar daño intimal extenso ante fracaso de trombectomía aislada y la utilidad de una estrategia quirúrgica dirigida.

Material: Varón de 57 años, fumador y con cardiopatía isquémica monovaso en tratamiento conservador, que acude por aplastamiento laboral de hace 1 hora con torniquete previo por herida sangrante en fosa poplítea izquierda. A la exploración: pulso femoral izquierdo presente, ausencia de resto de pulsos distales, extremidad pálida, fría y con limitación funcional; miembro inferior derecho con pulsos distales presentes.

Metodología: Angio TC urgente con ausencia de opacificación en arteria poplítea izquierda en un segmento de 8 cm y recanalización distal. Se indicó cirugía urgente. Mediante exposición femoral se realizó arteriografía intraoperatoria confirmando oclusión segmentaria desde segunda a tercera porción poplítea. Se realizó trombectomía con catéter de Fogarty, extrayendo abundante trombo sin lograr recanalización efectiva. Ante la sospecha de lesión estructural, por medio de un abordaje vía posterior, se evidencia arteria poplítea severamente contusio-

nada con hematoma mural y destrucción completa de la íntima. Se efectuó endarterectomía y cierre con parche de pericardio bovino.

Resultados: Recuperación inmediata de pulso poplíteo, pedio y tibial posterior izquierdos. Evolución posoperatoria favorable, sin complicaciones, alta al noveno día tras rehabilitación. En el seguimiento mantiene permeabilidad del eje reconstruido y extremidad viable y funcional.

Conclusiones: En el contexto de trauma por aplastamiento, la trombosis arterial puede ser consecuencia directa de una destrucción intimal extensa. La ausencia de recanalización tras trombectomía debe hacer sospechar lesión estructural significativa de la pared arterial subyacente. La exploración quirúrgica dirigida y reconstrucción con parche constituyen una alternativa eficaz para preservar la extremidad, con excelentes resultados clínicos.

P 12. SÍNDROME DEL DESFILADERO TORÁCICO E ISQUEMIA AGUDA: RESUMEN DE UN CASO

Augusta Schwartz Cuder, Borja Torregrosa García, Rosario Virola Zamora, Dolores Albert López, Andrés García León
Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

Objetivos: Describir un caso de isquemia arterial recurrente del miembro superior derecho secundaria a síndrome del desfiladero torácico arterial con aneurisma posestenótico de la arteria subclavia, destacando la dificultad diagnóstica y la necesidad de un abordaje multidisciplinar para el control definitivo del cuadro tromboembólico.

Material: Paciente de área de referencia, mujer de 53 años, exfumadora, con antecedentes de adenocarcinoma de sigma tratado mediante sigmoidectomía (junio 2024), actualmente en remisión, y síndrome del desfiladero torácico diagnosticado en 2021 con clínica previa. Ingreso hospitalario por isquemia subaguda de miembro superior derecho.

Metodología: Descripción de caso clínico real, diagnóstico y tratamiento, comparativa con bibliografía actual relacionada.

Resultados: Tras el abordaje quirúrgico y endovascular secuencial, se consiguió la recuperación mantenida de la perfusión del miembro superior derecho, con presencia de pulsos distales y desaparición de la clínica isquémica. No se registraron complicaciones perioperatorias ni nuevos episodios tromboticos durante el ingreso hospitalario ni en el seguimiento posterior.

Conclusiones: El síndrome del desfiladero torácico arterial, aunque infrecuente, debe considerarse como causa de isquemia arterial recurrente del miembro superior, especialmente ante episodios tromboembólicos de repetición. El aneurisma subclavio posestenótico constituye una fuente embólica relevante. El manejo óptimo requiere un enfoque multidisciplinar, combinando la descompresión quirúrgica con el tratamiento vascular reconstructivo, siendo la asociación de cirugía abierta y técnicas endovasculares una estrategia eficaz para prevenir recurrencias y preservar la extremidad.

P 80. PSEUDOANEURISMA DE ARTERIA AXILAR: A RAÍZ DE UN CASO CLÍNICO

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

Objetivos: Definimos como pseudoaneurisma a la lesión vascular con ruptura parcial de la pared arterial con extravasación sanguínea contenida por las capas externas de vaso (adventicia) o por los tejidos perivasculares adyacentes. Con el incremento de los procedimientos vasculares invasivos, la incidencia de este tipo de lesiones ha aumentado en los últimos tiempos. Sin embargo, la mayoría de los casos los encontramos a nivel de miembros inferiores, siendo menos frecuentes en miembros superiores, especialmente a nivel axilar.

A este nivel, se reportan pocos casos en la bibliografía, relacionados con luxaciones anteriores de hombro o heridas de bala.

Material: A colación de lo dicho previamente, presentamos el siguiente caso clínico.

Metodología: Paciente varón de 74 años, de origen belga, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia y valvulopatía aórtica con prótesis valvular mecánica en 2011, derivado desde hospital comarcal por cuadro de parestesias a nivel del 1.º y del 2.º dedo de miembro superior izquierdo de unos 15-20 días de evolución, refiriendo sensación de tumoración a nivel axilar izquierda. Refiere traumatismo en hombro izquierdo hace dos años aproximadamente desde su propia altura con luxación del hombro izquierdo reducida en Urgencias sin complicaciones. Practica habitualmente pádel como deporte. Niega claudicación del brazo ni dolor en reposo. A la exploración, presenta pulso radial presente bilateralmente. A nivel de axila izquierda, presenta tumoración pulsátil, fija. No fluctuación. Se solicita angio TC urgente que confirma pseudoaneurisma dependiente de arteria axilar izquierda de 66 x 60 x 68 mm, sin extravasación de contraste ni otros signos de inestabilidad o rotura inminente.

Resultados: Una vez obtenido el diagnóstico y optimizado el paciente, planteamos las siguientes opciones terapéuticas:

- Control proximal y distal del pseudoaneurisma y transfixión a nivel de cuello.
- *Stenting* recubierto de arteria axilar.
- *Bypass* axilohumeral con VSI invertida y ligadura de saco aneurismático.

Conclusiones:

1. En nuestro caso, dadas las características del pseudoaneurisma y del paciente, optamos finalmente por realizar *bypass* axilohumeral con VSI invertida y ligadura de saco aneurismático.
2. Posoperatorio sin complicaciones graves, con paciente con pulso radial.

P 92. DESCONEXIÓN DE STENT PROXIMAL DE ENDOPRÓTESIS ZENITH

Ramiro Bozzi Pioluchi, Álvaro Torres Blanco, Sara Dolores Hernández, José Roselló Paredes, Juan Zafra Angulo, Manuel Miralles Hernández
Hospital Universitari i Politècnic La Fe. València

Introducción y objetivos: El uso de prótesis endovasculares Zenith para el tratamiento de aneurismas aórticos está ampliamente difundido, con buenos resultados y baja incidencia de desconexiones desde el refuerzo modular introducido hace algunos años. Sin embargo, esta complicación aún puede presentarse en determinados pacientes. Nuestro objetivo es describir un caso que tuvimos en nuestro centro terciario y analizar cómo se llegó a esa situación.

Material: Se revisó la historia clínica electrónica, informes operatorios y evolución en seguimiento hospitalario y ambulatorio. Se analizaron pruebas analíticas seriadas y estudios de imagen (angio TC preoperatorio y controles sucesivos). Se documentaron las complicaciones evolutivas. Se realizó revisión bibliográfica sobre complicaciones tardías del tratamiento endovascular del aneurisma de aorta abdominal.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo tipo caso clínico. Paciente con aneurisma de aorta abdominal tratado inicialmente mediante reparación endovascular (EVAR). Se registraron las variables clínicas, radiológicas y procedimentales, así como las reintervenciones realizadas ante la aparición de endofugas de tipo I y III. Se analizó la evolución hasta el desenlace fatal.

Resultados: En 2016 el paciente fue tratado mediante reparación endovascular con endoprótesis bifurcada Zenith por aneurisma de aorta abdominal de 56 mm, sin incidencias inmediatas. En septiembre de 2022 presentó rotura del aneurisma con aumento del diámetro a 88 mm, objetivándose endofuga de tipo IB ilíaca izquierda. Se realizó tratamiento endovascular urgente mediante implante de extensión ilíaca Zenith y *stent* cubierto BeGraft, con exclusión inicial satisfactoria. En enero de 2024 acudió

por cuadro clínico inespecífico, detectándose en TC aumento del diámetro aneurismático hasta 95 mm y sospecha de endofuga de tipo III ilíaca izquierda. Se implantó *stent* cubierto Gore VBX, confirmándose en TC posterior ausencia de endofugas. En junio de 2025 se objetivó nuevo crecimiento del saco aneurismático (hasta 106 mm en TC), sin evidencia clara de endofugas en estudio inicial. La reconstrucción 3D evidenció desconexión parcial del cuerpo proximal del endoinjerto bifurcado. Dada la edad avanzada, la comorbilidad significativa y la complejidad anatómica, se desestimó tratamiento quirúrgico adicional.

Conclusiones: Este tipo de complicaciones incide en la necesidad de realizar un adecuado seguimiento, ya que las oportunas reintervenciones pueden evitar ciertas complicaciones del dispositivo y la rotura del aneurisma, manteniendo el éxito clínico del procedimiento.

P 147. CIRUGÍA DE PARAGANGLIOMA DEL CUERPO CAROTÍDEO: A PROPÓSITO DE DOS CASOS COMPLEJOS

Mike Rusdiana Hamidah, Juan Carlos Fletes Lacayo, Irene Leal Chavarría, Sandra García Portillo, Eulogio Fernández-Reyes Falcón, Marta Ballesteros Pomar
Complejo Asistencial Universitario de León. León

Objetivos: El paraganglioma del cuerpo carotídeo (PCC) es una neoplasia neuroendocrina poco frecuente originada en las células quimiorreceptoras de la bifurcación carotídea. Su resección quirúrgica resulta compleja por la localización anatómica y la alta vascularización, con riesgo elevado de complicaciones. Presentamos dos casos de PCC Shamblin III y su evolución posoperatoria.

Material: Se presentan dos casos de paraganglioma carotídeo intervenidos quirúrgicamente en nuestro centro:

- *Caso 1:* mujer de 66 años con dislipemia que consultó por masa cervical izquierda dolorosa

y móvil de meses de evolución. El angio TC mostró nódulo hipervascular en la bifurcación carotídea de 4,5 × 2,6 cm compatible con paraganglioma, localizado a 20,9 mm de la base del cráneo.

- *Caso 2:* mujer de 71 años con antecedentes de bocio multinodular intervenido que consultó por masa cervical izquierda asociada a disfagia y dolor de 9 meses. El angio-TC evidenció tumor hipervascular en la bifurcación carotídea de 2,3 × 2,6 × 2,7 cm, localizado a 32,7 mm de la base del cráneo.

Metodología:

- *Caso 1:* se realizó resección mediante incisión de Latyshevsky, precisando sección de una rama del nervio hipogloso para la exposición tumoral.
- *Caso 2:* se efectuó resección por incisión de Sébileau-Carrega, con sección de ramas del hipogloso y laríngeo superior izquierdos para la exposición tumoral.

Resultados: Ambas pacientes evolucionaron favorablemente, sin complicaciones mayores, aunque la primera presentó hipoestesia y disminución de la movilidad lingual en el posoperatorio, con recuperación casi completa al tercer mes de la cirugía.

Conclusiones: El PCC de gran tamaño (Shamblin III) constituye un reto quirúrgico para su resección. La experiencia y planificación del abordaje quirúrgico son claves para reducir complicaciones y lograr buenos resultados.

P 159. MANEJO DE PSEUDOANEURISMA CAROTÍDEO IATROGÉNICO EN PACIENTE PEDIÁTRICO

Clara Plaza Pelayo, Nieves Aleicel Concepción Rodríguez, Andrés Fernández Prieto, Verónica Carolina Morillo Jiménez, Ana Mayor Díaz, Loriths Ahues Peña, Álvaro Fernández Heredero
Hospital Universitario La Paz. Madrid

Objetivos: Los pseudoaneurismas carotídeos en edad pediátrica son una entidad poco común, siendo la etiología más frecuente la infecciosa, seguida

de la traumática. Son potencialmente graves por el riesgo de embolización, hemorragia y compromiso de la vía aérea. Su manejo es desafiante por el pequeño calibre vascular y las implicaciones a largo plazo en cuanto al desarrollo físico. Presentamos un pseudoaneurisma carotídeo iatrogénico en un paciente pediátrico y su manejo quirúrgico urgente.

Material: Varón de 13 años con síndrome genético no filiado, hepatopatía crónica y neumopatía asociada a hipertensión pulmonar severa. Había recibido previamente un trasplante hepático con colocación de ECMO mediante acceso carotídeo derecho. Nos avisan por cuadro de 24 horas de evolución de masa pulsátil cervical derecha. A la exploración física el paciente presentaba disnea de mínimos esfuerzos y necesidad de oxigenoterapia continua. Y se palpaba la masa pulsátil cervical derecha, indolora. En eco Doppler se objetivó pseudoaneurisma de arteria carótida común derecha (ACC-D) de 2,6 cm de diámetro máximo. Estos hallazgos se confirmaron con tomografía de urgencia, teniendo una anatomía favorable para tratamiento endovascular. Ante estos hallazgos en un paciente con elevado riesgo quirúrgico y anestésico se decidió de manera multidisciplinar manejo endovascular urgente.

Metodología: Junto a Neurrorradiología intervencionista, y bajo anestesia local y sedación, se realizó implante de *stent* recubierto balón expandible (Icover 7 x 27 mm) en ACC-D. Se accedió vía femoral derecha y se consiguió la exclusión completa del pseudoaneurisma.

Resultados: En el posoperatorio el paciente se mantuvo asintomático y con doble antiagregación. En eco Doppler de control a las 24 horas y al mes, el pseudoaneurisma se mantenía trombosado y el *stent* permeable y sin complicaciones asociadas. A los dos meses de seguimiento, el paciente falleció de complicaciones respiratorias.

Conclusiones: El tratamiento endovascular con *stent* recubierto puede ser una alternativa efectiva y mínimamente invasiva para la exclusión de pseudoaneurismas carotídeos iatrogénicos en pacientes pediátricos de alto riesgo quirúrgico.

P 180. TROMBOSIS AGUDA DE ARTERIA CARÓTIDA INTERNA ASOCIADA A SARS-CoV-2 EN AUSENCIA DE ATEROSCLEROSIS SIGNIFICATIVA

Rolando Antonio Báez de la Rosa, Sofía García Bello, Cristina Serrallé Mallo, Elena Gallego Romero, José Luis Durán Mariño
Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo

Objetivos: La infección por SARS-CoV-2 se asocia a un estado protrombótico responsable de trombosis venosa profunda, embolia pulmonar e ictus. Presentamos un caso infrecuente de trombosis aguda de arteria carótida interna (ACI) derecha atribuida a infección por COVID-19 tras descartar otras fuentes embolígenas.

Material: Varón de 73 años, no fumador y dislipémico, sin antecedentes de enfermedad vascular periférica, ingresado por ictus isquémico en territorio de arteria cerebral media derecha. Cinco días antes presentaba cuadro respiratorio florido. A su llegada: hemiparesia izquierda y movimientos tónico-clónicos. PCR positiva para SARS-CoV-2. Durante el ingreso desarrolla episodios de *limb shaking* y accidentes isquémicos transitorios de repetición.

Metodología: El angio TC de troncos supraaórticos evidenció defecto de repleción en bulbo carotídeo derecho extendido a ACI, condicionando estenosis del 80-90 %, con mínima calcificación parietal, hallazgo atípico para suponer causa aterosclerótica. El estudio etiológico fue exhaustivo: ecocardiograma sin vegetaciones ni masas intracardíacas, ausencia de arritmias y sin otras fuentes embolígenas identificables. Ante la recurrencia clínica se indicó cirugía urgente.

Resultados: Intraoperatoriamente se extrajo abundante material trombótico fresco, macroscópicamente similar al de trombosis agudas periféricas. Tras la tromboendarterectomía se objetivó mínima placa ateromatosa y pequeña úlcera posterior sin estenosis estructural significativa. Anatomía Patológica confirmó trombo fibrinohemático, descartando mixoma u origen tumoral. Evolución posoperatoria favorable, con resolución completa de la clínica neurológica.

Conclusiones: Descartadas otras etiologías cardioembólicas o aterotrombóticas significativas, la trombosis carotídea se atribuyó al estado protrombótico asociado a la infección por COVID-19. Aunque excepcional, debe considerarse en pacientes con ictus isquémico y SARS-CoV-2 concomitante, especialmente ante lesiones carotídeas atípicas y clínica fluctuante.

P 193. LITOTRICIA INTRAVASCULAR COMO HERRAMIENTA DE PREPARACIÓN DEL VASO PREVIO A IMPLANTACIÓN DE UN STENT

Mirian Martín Sánchez-Guijaldo, María Pilar Lamarca Mendoza, Alberto Martín Hernández, Ángel Flores Herrero, Martín Rigolín
Hospital Universitario de Toledo. Toledo

Objetivos: Evaluar el uso de la litotricia intravascular (IVL) en la modificación del calcio como técnica de preparación del vaso para facilitar una adecuada expansión del *stent* en estenosis severamente calcificadas.

Material:

- *Caso clínico 1.* Mujer de 80 años con antecedentes de hipertensión arterial (HTA), dislipemia (DL), diabetes *mellitus* (DM) e insuficiencia aórtica moderada, sin antecedentes vasculares, con isquemia arterial aguda (Rutherford IIA) de extremidad inferior derecha. En angio TC se evidenció, en origen de arteria ilíaca común (AIC), una placa cálcica circunferencial que condicionaba una oclusión con recanalización previa a la bifurcación.
- *Caso clínico 2.* Varón de 68 años con antecedentes de HTA, DL y DM, con isquemia arterial crónica Rutherford 5 de extremidad inferior izquierda. En angio TC se evidenció de ateromatosis generalizada y a nivel de origen de AIC una estenosis focal cálcica circunferencial preoclusiva asociada a una estenosis crítica en origen de arteria ilíaca externa (AIE).

Metodología: En el primer caso, mediante acceso femoral bilateral, se realizó una arteriografía inicial, evidenciándose oclusión de la AIC derecha desde su origen hasta la bifurcación ilíaca. Se procedió a pre-

dilatación con balón (30 x 40 mm), seguida de tratamiento con IVL (balón 10 x 30 mm), obteniéndose una mejoría significativa de la lesión. Esto permitió la implantación de *stent* recubierto balón-expandible (8 x 39 mm) desde el origen hasta la bifurcación, empleando la técnica de *kissing balloon*. En el segundo caso, mediante acceso femoral ipsilateral, se realizó arteriografía inicial, evidenciándose una estenosis preoclusiva en el origen de la AIC, asociada a estenosis en el origen de la AIE. Se realizó tratamiento con IVL en ambas estenosis, lográndose una adecuada modificación del calcio y mejoría de las lesiones. Posteriormente, se implantó un *stent* recubierto balón expandible (8 x 59 mm) en el origen de la AIC, seguido de un *stent* recubierto autoexpandible (7 x 50 mm) en la AIE.

Resultados: En ambos casos, la arteriografía de control mostró permeabilidad del sector tratado, con correcta posición y adecuada expansión de los *stents*. En el seguimiento ambos presentaron importante mejoría clínica y permeabilidad mantenida de los *stents*.

Conclusiones: En nuestra experiencia, la IVL se presenta como herramienta útil y segura para la preparación del vaso facilitando la implantación de *stents* en el sector ilíaco.

P 210. CUERPO EXTRAÑO METÁLICO EN ARTERIA AXILAR DERECHA: UN CASO CLÍNICO

Raquel Pérez Pérez, Carlos Barrio Rodríguez, Covadonga Mendieta Azcona, Ana Mayor Díaz, Verónica Morillo Jiménez, Álvaro Fernández Heredero
Hospital Universitario La Paz. Madrid

Objetivos: Presentar un caso de isquemia arterial aguda (IAA) en miembro superior derecho (MSD) de causa iatrogénica durante el posoperatorio de cirugía bariátrica.

Material: La IAA se define como una reducción súbita del flujo arterial con compromiso potencial

de la viabilidad tisular, constituyendo una urgencia vascular. La causa más frecuente es embolígena, seguida de la trombosis arterial in situ o sobre enfermedad arterial previa. La etiología iatrogénica representa una causa minoritaria relacionada con procedimientos invasivos vasculares. Siendo una causa excepcional la presencia de un cuerpo extraño intravascular.

Metodología: Presentamos el caso de una paciente de 61 años de edad, con antecedentes de obesidad mórbida, sometida a *bypass* gástrico con posterior dehiscencia anastomótica que requirió reintervención; con alta posterior a domicilio. Acude a los 15 días a Urgencias, con un cuadro de dolor progresivo en MSD irradiado hacia cervical y parestesias, que se inicia tras cesar la profilaxis antitrombótica posquirúrgica. A la exploración física presentaba ausencia de pulsos radial, cubital y humeral, con palidez y frialdad digital, pero con movilidad y sensibilidad conservadas. La radiografía de tórax objetiva un cuerpo extraño metálico en MSD. Realizamos angio TC que confirma un artefacto metálico intravascular desde arteria subclavia hasta pliegue antecubital, con trombosis suboclusiva de arteria subclavia derecha hasta tronco braquiocefálico, y oclusión de arteria vertebral en su origen.

Resultados: Instauramos anticoagulación a dosis terapéuticas y valoramos el caso en sesión multidisciplinar, donde se indicó tratamiento quirúrgico programado. Mediante abordaje transhumeral derecho abierto, y a través de arteriotomía humeral, realizamos la extracción guiada por radioscopia de un cuerpo extraño metálico. Posteriormente, realizamos trombectomía con Fogarty, obteniendo trombo de aspecto crónico. El material extraído era compatible con una guía intravascular empleada para canalización radial derecha durante el ingreso previo. El posoperatorio cursó sin incidencias, con recuperación de pulsos distales y alta a las 48 horas.

Conclusiones: Ante la sospecha de clínica isquémica asociada a iatrogenia debemos plantear un plan de actuación para restaurar la perfusión y evitar complicaciones. Es de vital importancia la seguridad en la práctica clínica con un control estricto del material utilizado.

P 211. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA DE ARTERIA RENAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Esther Castillo Mañas, Rodrigo Fernández González, Carlos Hernández Osbandó, David Vargas Larriva, Marta González Fernandes, Raúl García Casas

Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. Pontevedra

Objetivos: Se presenta el caso clínico de una mujer 65 años con antecedentes personales de dislipemia, diverticulitis, estenosis del canal lumbar e intervención de varices en ambos miembros inferiores. La cual, presenta un aneurisma de arteria renal e intrarrenal izquierdo asintomático como hallazgo incidental en estudio en prueba de imagen tras un episodio de diverticulitis.

Material: Se realiza angio TC y arteriografía renal donde muestran una dilatación aneurismática de arteria renal izquierda de 1,7 cm en polo inferior y un aneurisma intrarrenal de 4 cm con adelgazamiento de cortical. Resto de pruebas analíticas y exploración física sin alteraciones.

Metodología: Se realiza de manera programada intervención endovascular de embolización de aneurisma renal izquierdo con *coils* y líquido embolizante mediante punción percutánea de arteria femoral común derecha. Se comprueba embolización correcta de aneurisma y arteria renal superior permeable con parénquima renal conservado.

Resultados: Realizado angio TC de control a los 6 meses donde muestra dilatación aneurismática embolizada, no permeable con adecuada diferenciación corticomedular y sin dilatación de sistema excretor. La paciente continúa en seguimiento posquirúrgico en la actualidad, siendo el noveno mes que permanece asintomática y con función renal conservada.

Conclusiones: Los aneurismas de arteria renal son raros con una prevalencia de 0,01 a 1 % global y su diagnóstico mayormente es un hallazgo incidental. La guía de práctica clínica de la Sociedad Europea

de Cirugía Vasculare establece la indicación de tratamiento en aneurismas de arteria renal con diámetro igual o mayor a 30 mm asintomáticas. En nuestro caso al tratarse de un aneurisma de 40 mm intrarrenal, se optó por la realización de una intervención quirúrgica endovascular.

P 108. ENFERMEDAD QUÍSTICA ADVENTICIAL DE LA ARTERIA POPLÍTEA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Víctor Martínez Vales, Manuel Santiago Elías, Fausto René Romero Sarmiento, Marina Ansuátegui Vicente, Ana Isabel Rodríguez Montalbán, José Antonio González Fajardo
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Objetivos: Presentar un caso clínico de enfermedad quística adventicial (EQA) de arteria poplítea, en una paciente joven sin factores de riesgo cardiovascular, ilustrando el algoritmo diagnóstico-terapéutico, incluyendo el fracaso del tratamiento percutáneo y la necesidad de cirugía abierta.

Material: Mujer de 57 años, sin factores de riesgo cardiovascular, en seguimiento por claudicación intermitente en miembro inferior izquierdo de varios años de evolución, a una distancia de 200-300 metros y con pulsos pedios conservados.

Metodología: Se realizó estudio mediante ecografía Doppler: lesión quística perivasculare en segunda porción de arteria poplítea izquierda con estenosis luminal y aumento de velocidad pico-sistólica (ratio > 2) sin compromiso hemodinámico distal en reposo. Angio TC: lesión quística de 3 x 2 cm adyacente a arteria poplítea, sin calcificaciones ni signos ateromatosos. Resonancia magnética: confirmación de quiste multilocular hiperintenso en T2, compatible con EQA, condicionando estenosis aproximada del 40 %. Primer intento terapéutico: drenaje percutáneo ecoguiado ambulatorio. Control inmediato sin mejoría clínica. Ante la persistencia de la sintomatología, se indicó tratamiento quirúrgico. *Intervención:* abordaje posterior de hueco poplíteo, exéresis com-

pleta del quiste adventicial con preservación del paquete vasculonervioso, no resección del segmento arterial y *bypass* poplíteo-poplíteo con vena safena interna ipsilateral invertida.

Resultados: La evolución posoperatoria fue satisfactoria sin complicaciones, con desaparición inmediata de la clínica de claudicación. Alta hospitalaria día 5 posoperatorio. El estudio anatomopatológico descartó malignidad y confirmó el diagnóstico de ganglión quístico compatible con EQA. Seguimiento 8 meses: asintomática, eco Doppler con *bypass* permeable, ITB 1,0 bilateral.

Conclusiones: La EQA de arteria poplítea es una entidad infrecuente y no aterosclerótica que debe considerarse ante claudicación intermitente en pacientes sin factores de riesgo cardiovascular. Las técnicas de imagen, especialmente la RM, son fundamentales para el diagnóstico. El drenaje percutáneo presenta alta tasa de recidiva (60-100 % según series). En pacientes sintomáticos con recidiva posdrenaje, la resección quirúrgica del quiste con reconstrucción arterial ofrece resultados excelentes y baja recurrencia a medio-largo plazo.

P 151. EN OCASIONES UN TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO PUEDE SALVARTE LA VIDA

Víctor Lozano Bouzón, Tamara de Francisco Torres, Álvaro Vidal Ortiz, Sofía Simón Bellón, Estefanía Morris-Davis Peña, José Ramón March García
Hospital Universitario de Getafe. Getafe, Madrid

Objetivos: Presentar un caso clínico de rotura en área de anastomosis distal de *bypass* fémoro-femoral tratado mediante *stent* cubierto balón-expandible en ingle hostil.

Material: Análisis descriptivo de un caso clínico.

Metodología: Se recogen antecedentes quirúrgicos, presentación clínica, pruebas de imagen y técnica quirúrgica.

Resultados: Varón de 78 años intervenido en 2022 de EVAR aortobiilíaco. En 2024 presentó trombosis de rama derecha de dicho EVAR. Tras intento fallido de trombectomía de rama, se realizó *bypass* fémoro-femoral izquierda-derecha con prótesis de dacrón de 8 mm con anastomosis termino-terminal en femoral común derecha en el mismo acto. Fue reintervenido pocos días después por trombosis femoropoplítea realizando trombectomía desde anastomosis derecha del *bypass*. Un año después, debido a trombosis de *bypass* fémoro-femoral y de eje femoropoplíteo derecho se realizó trombectomía radioguiada desde cúpula de anastomosis derecha de *bypass*, con cierre directo del acceso. El paciente sufre traumatismo craneoencefálico por lo que acude a su hospital de referencia. Durante la anamnesis, comenta aparición de bultoma inguinal derecho de 4 días de evolución con crecimiento progresivo que asocia hematoma subcutáneo que no había consultado. En angio TC urgente se evidencia fuga activa en área proximal a la anastomosis derecha del *bypass* fémoro-femoral con importante hematoma asociado, siendo trasladado a nuestro centro. A su llegada presenta inestabilidad hemodinámica e importante aumento de la masa inguinal, con gran extensión en pared abdominal y flanco junto con anemia, por lo que es intervenido de manera emergente. Debido a las múltiples intervenciones en ingle derecha, se decide acceso endovascular desde región izquierda del *bypass* fémoro-femoral, con colocación de *stent* cubierto balón-expandible VBX 8,79 mm sobre punto de fuga en zona de prótesis de dacrón, con liberación a presión nominal. En angiografía de control se observa persistencia de hemorragia, por lo que se realiza sobredimensionamiento con Paseo35 10,80 mm con hemostasia completa y resolución del cuadro.

Conclusiones: Aunque la práctica habitual sea el empleo de *stents* cubiertos autoexpandibles, el uso de *stent* cubierto balón-expandible es una buena técnica de recurso para tratamiento de lesiones agudas sobre prótesis de dacrón en territorios hostiles, permitiendo sobredimensionamiento controlado con correcta adaptación al calibre de la prótesis.

P 11. INFECCIÓN PROTÉSICA POR FRANCISELLA TULARENSIS: ÚNICO CASO DESCRITO EN BYPASS PERIFÉRICO

Roger Frigola Castro, Margarita Atienza Pascual, Irantzu Unzaga Rubio, Malen Sukia Zufiria, Leopoldo Fernández Alonso, Esther Martínez Aguilar
Hospital Universitario de Navarra. Pamplona

Objetivos: La tularemia es una zoonosis poco frecuente causada por el cocobacilo gramnegativo *Francisella tularensis*. Su presentación clínica es variable y está ligada a una historia epidemiológica compatible. Aunque se han descrito casos aislados en prótesis articulares, válvulas cardíacas y un único caso en una endoprótesis aórtica, la infección de una prótesis periférica por este microorganismo, en este caso un *bypass* de miembros inferiores, representa una complicación nunca antes descrita en la literatura.

Material: Varón de 76 años, con antecedentes de múltiples cirugías de revascularización por isquemia crónica de miembros inferiores y portador actual de *bypass* fémoro-femoral cruzado, que presenta malestar general, febrícula y masa inguinal izquierda dolorosa de una semana de evolución. El paciente reside en una zona rural endémica de tularemia en Navarra (valle de Iza) con factores de riesgo epidemiológicos compatibles: contacto estrecho con animales típicamente relacionados con la enfermedad y consumo de embutidos caseros de caza mayor.

Metodología: A su llegada a Urgencias se realizó angio TC, aspiración de la masa para cultivo/PCR y serología específica. En el angio TC se objetivó una gran colección de aspecto infeccioso rodeando el *bypass*. Las muestras periprotésicas fueron positivas para *F. tularensis* mediante cultivo y PCR, con serología IgM e IgG positivas.

Resultados: Se decidió drenaje quirúrgico de la colección, explante de la prótesis y reconstrucción con aloinjertos arteriales criopreservados. Los cultivos intraoperatorios de la prótesis y tejidos subcutáneos confirmaron la presencia del microorganismo.

El tratamiento antibiótico dirigido, según las últimas guías del centro, incluyó gentamicina y ciprofloxacino intravenosos (i. v.) durante 2 semanas, seguidos de 4 semanas más de ciprofloxacino i. v. en régimen de hospitalización domiciliaria. El angio TC de control al mes objetivó la resolución de las colecciones inguinales y confirmó la permeabilidad del injerto. A los seis meses de seguimiento, el paciente se encuentra asintomático y sin signos clínicos o analíticos de infección.

Conclusiones: Este reporte constituye el único caso registrado de infección de una prótesis vascular periférica por *F. tularensis*. Destaca la importancia de mantener un alto índice de sospecha en zonas endémicas ante cuadros evolutivos compatibles. El manejo multidisciplinar, combinando la cirugía radical y antibioterapia dirigida, es clave para el éxito terapéutico.

P 47. PSEUDOANEURISMA GIGANTE DE ARTERIA ILÍACA EXTERNA

Eulogio Fernández-Reyes Falcón, Carlos de la Infiesta García, Irene Leal Chavarría, Sandra García Portillo, Mike Rusdiana Hamidah, Marta Ballesteros Pomar

Complejo Asistencial Universitario de León. León

Objetivos: Presentar el caso de un pseudoaneurisma gigante de arteria ilíaca externa derecha sobre anastomosis de injerto renal.

Material: Varón de 50 años con antecedentes de trasplante renal en fosa ilíaca derecha con 30 años requiriendo nuevo injerto en fosa ilíaca izquierda con 45 años por deterioro del previo. Acude a Urgencias con cuadro de mal estar general, astenia, anorexia y pérdida de peso de quince días; junto a aparición de estreñimiento y dolor lumbar en las 48-72h previas. El paciente presenta masa abdominal en hemiabdomen derecho, no pulsátil a la palpación. No se palpan pulsos en miembro inferior derecho. En angio TC urgente se observa un pseudoaneurisma sobre arteria ilíaca externa derecha de 20 x 15 x 18 cm

de probable origen sobre anastomosis de injerto renal. Estando el saco aneurismático en íntimo contacto con injerto renal, siendo este de aspecto atrófico, y provocando importante efecto masa intraabdominal.

Metodología: Se realiza intervención quirúrgica urgente con resección del pseudoaneurisma e injerto renal y *bypass* iliofemoral derecho.

Resultados: Tras la intervención recuperó pulsos en miembro inferior derecho. Requirió dos días de soporte vasoactivo y al cuarto día inició tolerancia oral, con evolución favorable.

Conclusiones: El pseudoaneurisma gigante de arteria ilíaca externa sobre anastomosis de injerto renal constituye una complicación infrecuente pero potencialmente grave, cuyo diagnóstico precoz es fundamental. El tratamiento quirúrgico urgente permitió la resección del pseudoaneurisma logrando la recuperación de pulsos y una evolución favorable.

P 122. ISQUEMIA AGUDA YATROGÉNICA DE EXTREMIDAD INFERIOR SECUNDARIA A DISECCIÓN ILIOFEMORAL: RESOLUCIÓN HÍBRIDA GUIADA POR TÉCNICAS DE IMAGEN DE ECOGRAFÍA INTRAVASCULAR (IVUS)

Paula Casellas de Miguel, Víctor Martínez Valiente, Mireia Cabot Paredes, Gonzalo Bueno Casanovas, Pere Altes Mas

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Barcelona

Objetivos: Destacar la importancia del abordaje híbrido y del uso de técnicas de imagen de ecografía intravascular (IVUS) en el manejo de una isquemia aguda de extremidad inferior secundaria a disección iliofemoral extensa iatrogénica tras procedimiento endovascular.

Material: Mujer de 60 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes *mellitus* II, dislipemia, obesidad, infarto agudo de miocardio y reciente accidente isquémico transitorio aterotrombótico de territorio izquierdo con estenosis del 80 % en arte-

ria carótida interna izquierda, que es sometida a un procedimiento de revascularización endovascular carotídeo mediante punción femoral derecha en un hospital terciario. En el posoperatorio inmediato la paciente presenta clínica compatible con isquemia aguda de la extremidad, solicitándose valoración por parte de Cirugía Vascular.

Metodología: Se solicitó cirugía urgente y se realizó una tromboendarterectomía (TEA) femoral común (AFC) derecha, extrayéndose el dispositivo de cierre percutáneo con tapón de colágeno intraluminal. Ante la persistencia de *inflow* deficiente tras la TEA, se efectuó punción ecoguiada de AFC izquierda y maniobra de crossover. La angiografía diagnóstica del eje iliofemoral derecho objetivó una disección de la arteria ilíaca externa (AIE) con extensión distal hasta la arteria femoral superficial (AFS). Se recanalizó anterógradamente el segmento disecado, comprobándose mediante IVUS la progresión de la guía en luz falsa a nivel de la AIE distal-AFC. Mediante catéter Pioneer-Plus de reentrada guiado por IVUS Philips® se consiguió la reentrada y recanalización controlada de la luz verdadera. Posteriormente se implantaron *stents* cubriendo el sector ilíaco afectado y la AFS proximal, obteniéndose un adecuado resultado arteriográfico y ecográfico.

Resultados: El control angiográfico y mediante IVUS final mostró una correcta colocación y posicionamiento de los *stents* con buen relleno de contraste, preservándose la bifurcación femoral y recuperando la paciente pulso pedio. Tras el alta hospitalaria la paciente es seguida en consultas externas, manteniendo pulso distal y con correcta cicatrización de la herida quirúrgica.

Conclusiones: En las cirugías endovasculares, las complicaciones con el acceso femoral pueden ocultar lesiones proximales no evidentes inicialmente. El abordaje híbrido, apoyado en IVUS y dispositivos de reentrada, puede permitir la recanalización de la luz verdadera, la preservación de la bifurcación femoral y el salvamiento eficaz de la extremidad evitando cirugías mayores.

P 222. RED CAROTÍDEA SINTOMÁTICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Lia Postius Echeverri, Sofía Hernández Pérez, Elena Deniz Hernández, Agustín Medina Falcón, Serguei Ricardovich de Varona Frolov, Guido Volo Pérez
Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria

Objetivos: La red carotídea es una proyección fina, en forma de repisa (*shelf-like*), que se origina en la pared posterior del bulbo de la arteria carótida interna, con hallazgo típicamente en la angiotomografía). Histológicamente, caracterizada por hiperplasia focal de la capa íntima. Genera alteraciones hemodinámicas locales, favoreciendo la estasis sanguínea y la formación de trombos e incrementando el riesgo de embolia cerebral. Es una causa reconocida de accidente cerebrovascular isquémico (ACV), especialmente en pacientes jóvenes sin factores de riesgo vascular tradicionales, con una prevalencia del 9 % al 37 %.

Material: Presentamos un caso de un varón de 70 años fumador e hipertenso como antecedentes personales de relevancia, que ingresa a cargo de Neurología con diagnóstico de ictus hemisférico derecho clínicamente PACI, de etiología aterotrombótica en contexto de estenosis arteria carótida interna (ACI) derecha del 80 % con placa aterotrombótica inestable. Además, se completa estudio cardiológico mediante Holter y ecocardiograma, ambos con resultados normales y con presencia de buena función ventricular.

Metodología: Al ingreso en las pruebas de imagen se describe un ictus isquémico en el territorio de arteria cerebral media (ACM) derecha de etiología aterotrombótica; sin embargo, en el angio TAC de troncos supraaórticos inicial se evidenció un trombo flotante en la ACI derecha, por lo que ante características de la lesión en ACI se decide anticoagular al paciente y repetir el estudio mediante angio TC TSA tras 48 h del suceso, donde se diagnostica de red carotídea en ACI derecha.

Resultados: Tras el hallazgo en angio TAC de la red carotídea, se decide realizar intervención quirúrgica

mediante Endarterectomía de Arteria carótida interna derecha y cierre con parche. En el periodo inmediato tras la cirugía no se observaron alteraciones neurológicas. A las 48 horas presentó buena evolución posoperatoria, sin alteraciones neurológicas y sin presentar complicaciones en herida quirúrgica.

Conclusiones: La red carotídea debe considerarse en el estudio etiológico de ictus en adultos jóvenes sin factores de riesgo cardiovascular. En pacientes con red carotídea sintomática, la endarterectomía carotídea representa una opción terapéutica eficaz y segura, permitiendo la eliminación definitiva del sustrato embolígeno. La intervención debe considerarse especialmente ante el elevado riesgo documentado de recurrencia bajo manejo médico exclusivo.

P 36. TÉCNICA DE RECURSO: PLASTIA MESENTÉRICA EN PACIENTE CON ISQUEMIA MESENTÉRICA AGUDA

María Teresa Toro Barahona, Alexis Manuel Ignacio Rojas Guerreiro, Adrián Aguirre González Álvarez, Carmen Morgado Ortega, Lara Gómez Pizarro, Sergio Carmona Berruguete
Hospital Universitario de Badajoz. Badajoz

Objetivos: Ilustrar una técnica habitual en los abordajes quirúrgicos arteriales, pero actualmente de recurso en un territorio explorado mayoritariamente de forma endovascular.

Material: Estudio observacional descriptivo de caso único. Varón de 73 años, dislipémico, sin hábitos tóxicos y con enfermedad arterial periférica (EAP) en miembro inferior izquierdo (MII) Rutherford 1 (bloqueo ilíaco izquierdo) que acude por dolor abdominal difuso de horas de evolución junto con episodio emético único.

Metodología: Se realizan pruebas complementarias que muestran leucocitosis a expensas de neutrofilia, LDH 334 y lactato 5,5. FA paroxística. En tomografía axial computarizada (TAC) se observa trombosis arteria mesentérica superior (AMS) con recanalización distal y arteria mesentérica inferior (AMI)

permeable, sin signos de isquemia intestinal. Oclusión de arteria ilíaca común izquierda ya conocida. Se realiza intento infructuoso de revascularización endovascular de AMS con dispositivo Angiojet® a través de vía humeral abierta izquierda. Ante extravasación de contraste en porción distal de AMS visualizada en aortografía de control, se desestima procedimiento endovascular y se reconvierte a vía abierta. Seguidamente, se aborda cavidad abdominal mediante laparotomía media supra e infraumbilical para tromboembolectomía de AMS tras control de bifurcación principal de AMS y de múltiples ramas. Se obtiene abundante trombo fresco tras paso de catéter Fogarty® de 4 Fr y 3 Fr. Excelente aflujo y buen reflujo por lo que se procede a plastia de AMS con parche biológico (pericardio bovino) mediante sutura 6/0. Por último, resección ileal y hemicolectomía derecha sin anastomosis de cabos proximal y distal por cirugía general.

Resultados: En posoperatorio inmediato, se constata permeabilidad de AMS con onda trifásica en ecografía Doppler abdominal. Se precisaron 9 reintervenciones conjuntas con cirugía general para revisión de cavidad, asas intestinales y anastomosis junto con recambio de VAC hasta cierre completo abdominal. Durante estancia en Cuidados Intensivos, deterioro respiratorio del paciente e inestabilidad a pesar de vasodilatadores con desenlace fatal.

Conclusiones: La trombectomía transmesentérica y plastia con parche biológico es una técnica actualmente en desuso debido al auge de los tratamientos endovasculares. Cabe destacar casos actuales como técnica de recurso tras intentos o imposibilidad para el tratamiento endovascular de AMS.

P 100. RUPTURA ESPONTÁNEA DE UN PSEUDOANEURISMA DE TRONCO CELÍACO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Marta González Fernandes, Rodrigo Fernández González, José Raúl García Casas, David Alejandro Vargas Larriva, Esther Castillo Mañas
Hospital Universitario Montecelo. Pontevedra

Objetivos: Se presenta el caso de un varón de 67 años, hipertenso, diabético y con fibrilación auricular sin antecedentes quirúrgicos.

Material: Es trasladado desde un centro privado por dolor abdominal de 3 días de evolución con hallazgo en TAC de pseudoaneurisma roto y hematoma periaórtico a nivel de tronco celíaco. A la exploración física, se encontraba hemodinámicamente estable, con abdomen doloroso a la palpación y obliteración femoropoplíteica bilateral con buena perfusión distal.

Metodología: Se intervienen de urgencia mediante implante de *stent* recubierto balón expandible a nivel de tronco celíaco vía braquial izquierda, con resultado angiográficamente satisfactorio. Tras dicha intervención es dado de alta y acude nuevamente a urgencias 2 meses después por dolor abdominal y fiebre tras ingreso en centro privado por absceso en relación a hematoma abdominal sobreinfectado que requirió antibioterapia intravenosa. Se realiza TAC en el que se evidencia endofuga a nivel del *stent* del tronco celíaco con extravasación activa de contraste y colección periprotésica. Se interviene mediante implante de endoprótesis torácica + 3 *stents* a nivel de tronco celíaco (técnica chimenea). En la arteriografía de control se comprueba normoposicionamiento de endoprótesis y de *stents*, sin evidencia de fugas.

Resultados: Al 6.º día posoperatorio presenta hipotensión y anemia progresiva. En el TAC se evidencia endofuga Ib a nivel de endoprótesis torácica asociado a gran hematoma retroperitoneal con colapso casi completo de pulmón izquierdo y desplazamiento del corazón a la derecha. Se interviene mediante implante de endoprótesis torácica, enrasada a la anterior con sellado distal por encima de la arteria mesentérica superior, con resultado angiográfico satisfactorio. A las pocas horas, presenta empeoramiento hemodinámico con imposibilidad para la ventilación debido al gran hematoma retroperitoneal, por lo que se produce el *exitus*.

Conclusiones:

1. Los pseudoaneurismas del tronco celíaco representan una entidad rara, con una prevalencia

del 5 % dentro de los pseudoaneurismas de arterias viscerales.

2. La etiología más frecuente es la micótica, seguido de la arterioesclerosis o degeneración de la íntima.
3. El riesgo de rotura es del 10-20 % aproximadamente, con una mortalidad mayor al 70 %. Siempre está indicado su tratamiento. El tratamiento de elección en la actualidad es el endovascular.

P 132. ENDARTERECTOMÍA AÓRTICA: UNA TÉCNICA POCO FRECUENTE EN LA ERA DE LA CIRUGÍA ENDOVASCULAR

Sandra García Portillo, Carlos de la Infiesta García, Irene Leal Chavarría, Mike Rusdiana Hamidah, Eulogio Fernández-Reyes Falcón, Marta Ballesteros Pomar

Complejo Asistencial Universitario de León. León

Objetivos: Presentar un caso de una endarterectomía aórtica por estenosis crítica en aorta abdominal infrarrenal.

Material: Varón de 54 años fumador, sin antecedentes clínicos de interés, presenta cuadro de dolor de reposo nocturno ocasional de dos meses de evolución, y claudicación glútea invalidante en miembros inferiores. La exploración física revela ausencia de pulsos a todos los niveles con onda de flujo monofásica femoral, poplíteo y distal, así como frialdad distal, sin alteraciones en la sensomotilidad. Se solicita angio TC de aorta y miembros inferiores, en el que se evidencia una oclusión de 11 mm de longitud por placa de morfología mixta en aorta abdominal tras emergencia de la arteria mesentérica inferior (AMI).

Metodología: Se realiza endarterectomía aórtica por abordaje transperitoneal mediante laparotomía media, y cierre con parche de pericardio bovino.

Resultados: Recupera pulsos a todos los niveles. Estancia en Unidad de Reanimación durante 24 horas, encontrándose estable hemodinámicamente sin precisar soporte de ningún tipo. Alta al quinto día posoperatorio, sin complicaciones.

Conclusiones: La endarterectomía aórtica para el tratamiento en la patología oclusiva aortoiliaca fue desplazada por el *bypass* y posteriormente por la terapia endovascular, siendo una técnica poco utilizada en la práctica clínica actual pese a su elevada tasa de permeabilidad según la bibliografía. Por ello, aún se podría considerar como una técnica segura y eficaz en pacientes seleccionados con patología aórtica focal infrarrenal.

P 14. REPARACIÓN QUIRÚRGICA DE ANEURISMA MICÓTICO DE LA ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR EN UNA PACIENTE INMUNODEPRIMIDA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Inés Castillo Díaz, Carolina Vargas Gómez, Agustín Mínguez Bautista, Raúl Lara Hernández, Enrique Manuel-Rimbau Muñoz, Pascual Lozano Vilardell
Hospital Universitari Son Espases. Palma

Introducción y objetivos: Los aneurismas micóticos de las arterias viscerales son una patología poco frecuente. Entre los factores predisponentes se encuentra la endocarditis bacteriana, sepsis y estados de inmunosupresión, que provocan una dilatación de la pared arterial con una evolución hacia la ruptura, en ausencia de tratamiento. El objetivo de nuestro trabajo es la exposición de un caso.

Material: Mujer de 67 años que ingresa en medicina interna con cólico renal y mal control del dolor. La paciente presenta dolor lumbar asociado y fiebre persistente a pesar de la antibioterapia. Como antecedentes patológicos presenta cirrosis viral por VHC y carcinoma basocelular con trasplante hepático y tratamiento inmunosupresor. Se realiza TAC abdominal, objetivándose dilatación aneurismática de la arteria mesentérica superior a nivel umbilical de 26 mm con trombo intramural y desflecamiento de la grasa perivascular, hallazgos compatibles con aneurisma micótico. Además, se observa hipodensidad focal en el polo superior del riñón derecho, sugestivo de pielonefritis.

Metodología: Mediante laparotomía media se efectúa resección completa del aneurisma con *bypass* desde arteria mesentérica superior a porción distal de arteria ileocólica con el segmento proximal de vena safena interna de miembro inferior izquierdo. Tras la revascularización y para comprobar si existe una correcta irrigación de las asas ileocólicas, se administra una ampolla de verde de indocianina intravenosa. Con el *bypass* clampado, se objetiva una ausencia de captación en un segmento de unos 30 centímetros de íleon terminal ciego y tercio distal de colon ascendente. Tras desclampaje de *bypass*, correcta perfusión de segmentos isquémicos con una placa isquémica necrótica en el íleon terminal, por lo que se realiza resección de 4 cm de íleon terminal y anastomosis manual terminoterminal, por parte de cirugía general.

Resultados: En el posoperatorio, la paciente evoluciona favorablemente con desaparición de clínica abdominal y la fiebre, tolerancia oral adecuada y tránsito intestinal conservado.

Conclusiones: La resección abierta de los aneurismas micóticos de AMS y la reconstrucción in situ con material autólogo, permite el control precoz de la infección mediante la exéresis completa del tejido infectado y restableciendo de nuevo la perfusión intestinal.

P 93. UN RETO ANATÓMICO, UNA SOLUCIÓN HÍBRIDA: ANEURISMA AORTOILÍACO DE GRAN TAMAÑO

Noemi Ortega Hernández, Lydia Rosa Rodríguez Rodríguez, Francisco Javier Molina Herrero, Gracia Perfecta Rodríguez Feijóo
Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. Ourense

Objetivos: El aneurisma de aorta abdominal (AAA) es una dilatación patológica de la aorta infrarrenal cuyo riesgo de rotura se incrementa de manera exponencial en relación con el diámetro máximo. Los aneurismas de gran tamaño presentan un riesgo

elevado incluso en ausencia de síntomas. Aunque una gran parte son clínicamente silentes, pueden manifestarse con dolor abdominal o lumbar, síntomas compresivos o debutar de forma abrupta en caso de rotura. La detección incidental en fases avanzadas sigue siendo frecuente y supone un reto terapéutico relevante.

Material: Se presenta el caso de un varón de 65 años, con antecedentes de cardiopatía isquémica revascularizada y en seguimiento por patología aórtica ascendente. De forma incidental se diagnostica un AAA infrarrenal de 9,5 cm, asociado a un aneurisma de la arteria ilíaca común izquierda de 51 × 48 mm y aneurisma ilíaco derecho de 25 mm, todos ellos asintomáticos.

Metodología: Dada la complejidad anatómica, se opta por un abordaje híbrido electivo mediante embolización de la arteria hipogástrica e ilíaca externa izquierdas mediante Amplatzer asociada a aneurismectomía e injerto sustitutivo aortofemoral izquierdo y aortoilíaco derecho, con el objetivo de excluir el saco aneurismático y mantener una adecuada perfusión distal. El procedimiento se desarrolló sin complicaciones y el posoperatorio cursó de forma favorable.

Resultados: En aneurismas aortoilíacos de gran tamaño, la reparación endovascular puede verse limitada por las características anatómicas requiriendo abordaje complejo CMD sin posibilidad de demora, mientras que la cirugía abierta supone un abordaje más invasivo. Las estrategias híbridas permiten combinar ambos enfoques, constituyendo una alternativa eficaz en pacientes seleccionados con anatomía desfavorable para técnicas endovasculares convencionales.

Conclusiones: El abordaje híbrido representa una opción terapéutica segura y eficaz en aneurismas de aorta abdominal de gran tamaño y anatomía compleja. Una planificación individualizada basada en un análisis anatómico detallado resulta fundamental para optimizar los resultados clínicos.

P 7. CUANDO UNA MASA MEDIASTÍNICA NO ES UN TUMOR

Ana Mayor Díaz, Nieves Aleicel Concepción Rodríguez, Ulises Ramírez Valdiris, Verónica Morillo Jiménez, Clara Plaza Pelayo, Álvaro Fernández Heredero
Hospital Universitario La Paz. Madrid

Objetivos: Presentar un caso sobre el diagnóstico tardío de un pseudoaneurisma postraumático de la arteria subclavia derecha y su resolución quirúrgica urgente.

Material: Los pseudoaneurismas postraumáticos de la arteria subclavia son lesiones poco frecuentes que pueden aparecer de forma diferida tras traumatismos de alta energía. Su localización profunda y la proximidad a estructuras vitales pueden dificultar el diagnóstico y aumentar el riesgo de complicaciones.

Metodología: Varón de 52 años, sin antecedentes de interés, ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos por un politraumatismo tras accidente de tráfico de alta energía con afectación grave del miembro superior izquierdo. En la tomografía computarizada toracoabdominal realizada al ingreso se identifica de forma incidental una masa mediastínica superior derecha de aproximadamente 7 centímetros, homogénea y de alta atenuación, con efecto compresivo sobre la tráquea y las estructuras vasculares adyacentes, sin visualización de la arteria subclavia derecha y con desarrollo incipiente de circulación venosa colateral. Días después del ingreso, se decide completar el estudio anatomopatológico mediante broncoscopia con ecografía endobronquial (EBUS). Durante la punción aspirativa transbronquial se obtiene contenido hemático, confirmado como sangre arterial en gasometría, con hallazgos ecográficos sugestivos de pseudoaneurisma.

Resultados: Ante la sospecha de lesión vascular potencialmente grave, se avisa de forma urgente a Cirugía Vascular y Cardíaca, manteniéndose la aguja in situ. La revisión dirigida de las imágenes confirma la presencia de un pseudoaneurisma dependiente del origen de la arteria subclavia derecha o del tronco braquiocefálico. Se realiza intervención quirúrgica ur-

gente mediante esternotomía y abordaje axilar derecho, con control vascular proximal y distal, interposición de *bypass* protésico subclavio-axilar respetando el origen de la arteria vertebral y secuencialmente, vaciado parcial del pseudoaneurisma e inyección de trombina. La evolución posoperatoria es favorable, con pulsos distales conservados y exclusión completa de la lesión en el control radiológico.

Conclusiones: En pacientes politraumatizados con traumatismo de alta energía, se debe pensar en descartar patología vascular. La identificación precoz y el abordaje multidisciplinar son fundamentales para evitar complicaciones potencialmente fatales.

P 18. APENDICITIS POR ESTRANGULAMIENTO POSTERIOR A BYPASS AORTOBIFEMORAL

Nathalya Loriths Peña Ahues, Elena Marín Manzano, Verónica Carolina Morillo Jiménez, Ana Mayor Díaz, Clara Plaza Pelayo, Álvaro Fernández Heredero
Hospital Universitario La Paz. Madrid

Objetivos: Describir un caso concreto de asociación entre la infección de *bypass* aortobifemoral y el mecanismo de producción excepcional de apendicitis aguda en el posoperatorio del recambio protésico.

Material: La infección de prótesis aortofemorales es una complicación infrecuente pero grave, incidencia < 2 % y elevada morbimortalidad (15-25 %). La asociación con apendicitis aguda es excepcional y se ha descrito mayoritariamente como apendicitis primaria con infección secundaria del injerto. Existen escasos casos publicados en los que la infección protésica preceda al proceso apendicular, siendo su diagnóstico especialmente complejo por la clínica inespecífica en el posoperatorio.

Metodología: Presentamos el caso de un varón de 66 años con antecedentes de *bypass* aortofemoral, múltiples accesos femorales derechos recientes y episodios repetidos de infección urológica. Ingresó por sospecha de infección periprotésica rama derecha, confirmada mediante Angiotac. Se inicia antibioterapia intravenosa, derivación urinaria

con catéter doble J por estenosis ureteral y posterior recambio de la rama derecha del *bypass* (dacrón de plata). En el posoperatorio mediato desarrolla íleo paralítico y clínica abdominal obstructiva progresiva, con hallazgos radiológicos de proceso inflamatorio/infeccioso adyacente a la prótesis y apéndice dirigido hacia dicha localización en contexto de una posible apendicitis aguda que Cirugía General decide manejar conservadoramente.

Resultados: Ante la persistencia del cuadro y la aparición de supuración en heridas fosa ilíaca e inguinal derechas (cultivos: flora polimicrobiana entérica), se realiza nueva intervención quirúrgica evidenciándose la apéndice estrangulada entre la rama protésica y la arteria nativa con escasa cantidad de pus. Al observar integridad de la prótesis, se decide apendicectomía, lavado abundante con suero salino y rifampicina y no recambio protésico. El paciente evolucionó favorablemente con antibioterapia prolongada, sin recurrencia infecciosa.

Conclusiones: La asociación entre infección de prótesis aortofemoral y apendicitis es extremadamente rara. Este caso ilustra una secuencia poco descrita en la literatura, en la que la infección protésica precede al desarrollo de una apendicitis por estrangulamiento entre prótesis y arteria nativa. Ante clínica abdominal inespecífica *posbypass* aortoiliaco o femoral, debe considerarse patología abdominal subyacente.

P 42. MANEJO SECUENCIAL DE UN TUMOR VASCULAR: PARAGANGLIOMA CAROTÍDEO IZQUIERDO

Ainhoa Figuérez Marcos, Agustín Mínguez Bautista, Juan Sebastián Crespo Burneo, Víctor Armesto Rivas, Roger Puigmacia Minguell, Pascual Lozano Vilardell
Hospital Universitari Son Espases. Palma

Objetivos: Descripción de un caso clínico de glomus carotídeo.

Material: Revisión retrospectiva de datos clínicos, radiológicos y terapéuticos del paciente.

Metodología: Mujer de 39 años con antecedente de tiroidectomía total complicada con parálisis iatrogénica de cuerda vocal izquierda, que consulta por masa laterocervical pulsátil izquierda de 6 años de evolución. La ecografía Doppler mostró una tumoración bien delimitada de 29x35mm en la bifurcación carotídea, con flujo en su interior. Se solicita angio RMN donde se objetiva una tumoración heterogénea, hiperintensa en T2, con vacíos de señal internos sugestivos de hipervascularización, que rodeaba parcialmente la arteria carótida interna izquierda, lo que sugiere un paraganglioma carotídeo Shamblin III. Para completar el estudio, se solicita una gammagrafía corporal con análogos de receptores de somatostatina, donde se visualiza captación a nivel de la masa carotídea sin metástasis asociadas. En primer lugar, se realizó test de oclusión y embolización selectiva de las arterias donantes (faríngea ascendente y tiroidea inferior), con disminución aproximada del 50 % de la vascularización tumoral. 24 horas después, se llevó a cabo la exéresis del glomus y la reparación con parche de pericardio bovino de la arteria carótida interna por infiltración tumoral de la misma.

Resultados: En el posoperatorio inmediato la paciente permaneció estable hemodinámicamente y asintomática neurológicamente, con pares craneales conservados y sin alteraciones sensitivo-motoras ni en el habla. Dada de alta a las 72h con AAS 100 mg / 24 h. A los 6 meses, la paciente permanece asintomática con eco TSA sin alteraciones significativas.

Conclusiones: El glomus carotídeo o tumor del cuerpo carotídeo es un paraganglioma hipervascular originado en la bifurcación carotídea. Su extensión se describe con la clasificación de Shamblin (I–III), según la relación del tumor con la carótida interna y externa, lo que predice la complejidad quirúrgica. El diagnóstico se basa en clínica e imagen: ecografía Doppler, angio TC / angio RMN y PET/estudios con análogos de somatostatina para estadificación y valoración de enfermedad multifocal (5 % de los casos), siendo este el único criterio diagnóstico de malignidad. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica con embolización preoperatoria en casos seleccionados, como lesiones grandes o complejas (Shamblin III), para reducir el riesgo de sangrado.

P 250. EFFECTIVENESS OF ILIAC VESSEL PREPARATION WITH ORBITAL ATHERECTOMY IN CERAB PROCEDURES: A MULTICENTER COHORT STUDY PROTOCOL (VIP-ORBA)

María Rey Bascuas¹, Alejandro Rodríguez Río¹, Pablo del Canto Peruyera², Cristian José Rojas Molina¹, Nilo Javier Mosquera Arochena¹
¹Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela. A Coruña, Spain.
²Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón, Spain

Objectives: The objective of this abstract is to present the study design and methodology of the VIP-OrbA trial.

Material: VIP-OrbA is a multicenter ambispective cohort study designed to evaluate the impact of iliac vessel preparation with orbital atherectomy prior to CERAB. The study will be conducted at three centers: Hospital Universitario Clínico de Santiago de Compostela, Hospital de Cabueñes (Gijón), and Hospital de Santa María (Lisbon). Adult patients with heavily calcified aortoiliac occlusive disease will be prospectively enrolled in the intervention group. A historical control group will include patients treated with standard CERAB between 2020 and 2023.

Methodology: The primary endpoint is the 30-day major adverse cardiovascular event (MACE) rate—including mortality, myocardial infarction, and iliac rupture—as well as technical success assessed via intravascular ultrasound (IVUS). Secondary endpoints include patency rates, target lesion revascularization (TLR), major limb amputation, and clinical improvement at 6, 12, and 24 months.

Results: This study aims to provide prospective data on the impact of iliac vessel preparation with orbital atherectomy prior to CERAB in heavily calcified aortoiliac disease.

Conclusions: The study aims to determine whether orbital atherectomy prior to CERAB is associated with improved technical and clinical outcomes. Findings may offer valuable evidence to guide treatment strategies for complex aortoiliac occlusive diseases.

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.

ISSN (PAPER) 0003-3170
ISSN (ELECTRONIC) 1695-2987

Angiología

2020
Mayo/Junio

Volumen 72. Número 3. Págs. 115-173

- ▶ **Editorial**
115 Trombosis venosa por falta "temporal" de movilidad. La COVID-19
F. S. Lozano Sánchez
- ▶ **Originales**
118 Prevalencia de aneurismas de aorta abdominal en una población de riesgo en una consulta de cirugía vascular.
E. Blanco Cabilano, P. C. Morato Borrás, M. Muela Méndez, B. García Fresnillo, M. Guerra Requena
126 Escala Anarcyl (aneurisma de aorta roto de Castilla y León) de predicción de mortalidad de aneurisma de abdominal roto
E. M. San Norberto, C. Hernández-Crespo, P. Fernández-Samos, A. Zorita, C. Vaquero
- ▶ **Revisión**
135 La trombosis venosa superficial no es una enfermedad benigna
F. S. Lozano Sánchez, J. R. González Porras, J. A. Torres Hernández, J. A. Carnicero Martínez
- ▶ **Artículo Especial**
145 Registro de actividades de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular, año 2018
A. Torres Blanco, E. Iborra Ortega, M. Altabe García
- ▶ **Casos Clínicos**
160 Fístula iliouretral por stent uretral en paciente con reconstrucción del tracto urinario tipo Bricker
C. M. Castro Avila, J. Rio Gómez, F. García-Boyano, T. de Francisco Torres, M. Herrero Gutiérrez, J. M. Ligero Ramos
163 Tratamiento endovascular de la aortitis infecciosa: una opción segura y eficaz con antibioterapia mantenida
M. Ansuategui-Vicente, S. Revuelta-Suero, A. Marchán-López, J. A. González-Fojardo
- ▶ **Nota Histórica**
169 ¿Quién describió la claudicación intermitente?
Sir Benjamin Collins Brodie
F. S. Lozano Sánchez, C. Rubio Taboada
- ▶ **Carta al Director**
172 Estudio nacional de cohortes COVID-VAS
E. M. San Norberto, J. de Haro

ARAN



SciELO

ARAN