

33 Congreso Sociedad Andaluza Angiología y Cirugía Vascolar

Cádiz - 2017
23 al 25 noviembre



Sede: Hotel Atlántico

Solicitada Acreditación en Formación Continuada por la Agencia de Calidad Sanitaria de la Junta de Andalucía

33

**C
O
N
G
R
E
S
O**

CONGRESO PATROCINADO POR LA

Fundación de la Sociedad Andaluza de Angiología y Cirugía Vascular

**Declarado de Interés Científico Sanitario por la
Consejería de Salud de la Junta de Andalucía**

- 1 -



Estimados amigos, compañeros y colegas,

Hace ya siete años que celebramos el Congreso de la Sociedad Andaluza de Angiología y Cirugía Vascolar (SAACV) en nuestra provincia y por nuestra Unidad. En aquella ocasión, noviembre de 2010, nos vimos obligados por diversas circunstancias a organizarlo en El Puerto de Santa María, donde disfrutamos de las espléndidas instalaciones del Hotel Monasterio de San Miguel y de la ciudad, con pintorescos y peculiares rincones y conocida gastronomía.

En esta ocasión, sin embargo, vamos a poder contar de nuevo con un recién terminado Hotel Parador Atlántico, distinto por completo al que tuvimos en el Congreso de 2003 y en la Reunión Interhospitalaria de 2004, pero en la misma inigualable situación geográfica, enfrente de la Bahía de Cádiz, con Rota al otro lado y con una excelente infraestructura para reuniones que lo hace incomparable. En definitiva, un marco sin igual y que estoy seguro recordaremos como todos los hasta ahora vividos.

Estamos preparando un programa científico que, aunque difícil igualar, no desmerezca a los Congresos anteriores. A los temas seleccionados en la Asamblea de Málaga, “Abordaje de las Malformaciones Arteriovenosas” y “Avances en Patología Venosa” y, como viene siendo ya tradicional, añadiremos algunos Simposios y/o Conferencias que complementen a las mismas con aspectos novedosos y de interés de nuestra especialidad y que confío atraigan vuestra atención. Todo ello, además, con las esperadas Comunicaciones Orales y Posters que siempre nos enriquecen tanto y que abarcan casi todas las patologías que habitualmente atendemos en nuestra actividad profesional.

Sin más que añadir a estas palabras que animaros a que nos acompañéis estos días de final de Noviembre, entre el jueves 23 y el domingo 26, pues espero no os perdáis la Cena Oficial del sábado 25, donde añadiremos a la habitual fraternal convivencia algunas notas típicas de nuestra ciudad. Confiamos en que el tiempo nos permita disfrutar de esta tierra que, como bien conocéis la mayoría, tiene vistas y lugares que nada tienen que envidiar a ningún otro.

Un afectuoso saludo y fuerte abrazo

Manolo Rodríguez Piñero

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente:

Dr. Manuel Rodríguez Piñero

Secretaria:

Dra. Antonella Craven-Bartle Coll

Vocales:

Dr. Felipe Neri Arribas Aguilar

Dra. Esther Doiz Artacoz

Dra. Rosario Conejero Gómez

Dr. Emilio García Turrillo

Dr. Jorge Martín Cañuelo

Dra. Elisa Evangelista Sánchez

Residentes:

Dr. El Mehdi Maazouzi

Dra. Ana Margarita Ruales Romero

Dra. Victoria Eugenia García Blanco

Dra. M^a. Cristina Galera Martínez

Dra. Isabel M^a. Manosalbas Rubio

COMITÉ CIENTÍFICO

Dra. Rosario Conejero Gómez
Dr. Juan Pedro Reyes Ortega
Dra. Silvia Lozano Alonso
Dr. Fernando Gallardo Pedrajas

JUNTA DIRECTIVA SAACV

Presidente:

Dr. Manuel Rodríguez Piñero

Vicepresidente y Tesorero

Dr. Fco. Javier Martínez Gámez

Secretario:

Dr. David Carrasco de Andrés.

Vocales:

Dr. Rodrigo Eduardo Yoldi Bocanegra
Dra. Antonella Craven-Bartle Coll
Dr. Rafael Peñafiel Marfil
Dr. Luís Miguel Salmerón Febres
Dra. Ana Montes Muñoz
Dr. José Enrique Mata Campos
Dr. Juan Pedro Reyes Ortega
Dr. Andrés García León

JUEVES 23 NOV

18:00 a 20:30 h.- Apertura de la Secretaría del Congreso y entrega de documentación.

20:30 a 21:30 h.- Cóctel de bienvenida.

VIERNES 24 NOV

09:00 a 10:00 h.- I MESA DE COMUNICACIONES ORALES.

Moderadores: Dra. Rosario Conejero Gómez – Dr. Juan P. Reyes Ortega.

CO-01.- TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DEL TRAUMATISMO CERRADO DE AORTA TORÁCICA: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.

Dr. Ferran Plá Sánchez. H. U. San Carlos. Madrid.

CO-02.- ¿EXISTE AUN LA ZONA DE NO STENT?. RESULTADOS INICIALES DE PACIENTES CON ISQUEMIA CRÍTICA ASOCIANDO EL SECTOR POPLITEO.

Dr. Sergio Gordillo Alguacil. H. U. Ramón y Cajal. Madrid.

CO-03.- TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DEL SINDROME DE NUTCRACKER ANTERIOR Y POSTERIOR.

Dr. Alejandro Rodríguez Morata. H. Quirónsalud. Málaga.

CO-04.- ESCALAS DE RIESGO APLICADAS SOBRE ANEURISMAS DE AORTA TORÁCICA.

Dr. Jerónimo A. Fernández Herrera. Complejo Hospitalario Universitario. Granada.

CO-05.- PREDICTORES DE REINTERVENCIÓN EN DISECCIÓN DE AORTA TIPO B.

Dra. Marina Agudo Montore. Complejo Hospitalario Universitario. Granada.

CO-06.- PATRONES CLÍNICOS Y RADIOLÓGICOS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE MALFORMACIÓN VASCULAR: FACTORES PREDICTIVOS DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO.

Dra. Ana Ruales Romero. H. U. Puerta del Mar. Cádiz.

10:00 a 11:00 h.- Simposio patrocinado por BIOTRONIK. (Ver pagina 14)

11:00 a 11:30 h.- Inauguración Oficial.

11:30 a 12:00 h.- Pausa café y visita a stands.

12:00 a 13:30 h.- Mesa Redonda: **“ABORDAJE DE LAS MALFORMACIONES ARTERIOVENOSAS”**
Moderadora: Dra. Antonella Craven-Bartle Coll. H. U. Puerta del Mar. Cádiz.

- **ABORDAJE DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN DE LAS MAV.**

Dr. Felipe N. Arribas Aguilar. H. U. Puerta del Mar. Cádiz.

- **ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LAS MAV. MATERIAL Y TÉCNICAS DE TRATAMIENTO ENDOVASCULAR. CUANDO Y COMO ASOCIAR CIRUGÍA EXERÉTICA Y RECONSTRUCTIVA.**

Dr. Ignacio Lojo Rocamonde. H. Quirónsalud. A Coruña.

- **EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO DE LAS MAV.**

Dr. Andrés García León. H. U. Virgen de Valme. Sevilla.

13:30 a 14:00 h.- Ponencia: **“ANOMALÍAS DE ARCO AÓRTICO. HASTA DONDE AFECTAN AL PACIENTE A NUESTRAS ACTUACIONES”.**

Dr. Frank Criado. MedStar Unión Memorial Hospital. Baltimore. EE.UU.

14:00 a 16:30 h.- Almuerzo / Simposio patrocinado por las empresas MEDTRONIC y GORE. (Ver pag. 15 y 16)

16:30 a 17:00 h.- Pausa café y visita stands.

17:00 a 18:30 h.- MESA DE PÓSTER.

Moderadores: Dra. Rosario Conejero Gómez – Dra. Silvia Lozano Alonso.

PO-01.- ISQUEMIA AGUDA DE MMII COMO COMPLICACIÓN TARDÍA TRAS EVAR.

Dra. Elena Herrero Martínez. Complejo Hospitalario. Jaén.

PO-02.- ARTERIOGRAFÍA CON CO2 EN PACIENTES CON ELEVACIÓN DE CREATININA. EFICACIA Y EFICIENCIA.

Dr. Francisco J. Martínez Gámez. Complejo Hospitalario. Jaén.

PO-03.- INFECCIÓN PRECOZ DE ENDOPRÓTESIS AORTA ABDOMINAL, TRATAMIENTO CONSERVADOR O QUIRÚRGICO.

Dr. Moisés Galán Zafra. Complejo Hospitalario. Jaén.

PO-04.- EXCLUSIÓN ENDOVASCULAR DE UNA FISTULA FEMOROFEMORAL POSTRAUMÁTICA TARDÍA.

Dr. Nicolas Maldonado Fernández. Complejo Hospitalario. Jaén.

PO-05.- LIDIANDO CON LA COMPLEJIDAD DEL TRATAMIENTO DEL ANEURISMA POST-DISECCIÓN AÓRTICA.

Dr. Sergio Gordillo Alguacil. H. U. Ramón y Cajal. Madrid.

PO-06.- PRESERVACIÓN DE ARTERIA HIPOGÁSTRICA, EXCLUSIÓN DE ANEURISMA ILÍACO COMÚN Y RESOLUCIÓN DE ENDOFUGA TIPO IB, MEDIANTE ENDOBYPASS ILÍACO EXTERNO-HIPOGÁSTRICO.

Dr. David Carrasco de Andrés. H. U. Torrecárdenas, Almería.

PO-07.- EMBOLIZACIÓN ARTERIAL COMO TRATAMIENTO DE HEMORRAGIA DE REGIÓN ORL DE DIFÍCIL MANEJO.

Dra. Iratxe M. Bersabe Alonso. H. U. Virgen de Valme. Sevilla.

PO-08.- TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LA AORTITIS POR SALMONELLA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Dra. Adriana Baturone Blanco. H. C. San Carlos. Madrid.

PO-09.- PRÓTESIS BIOSINTÉTICAS: UNA NUEVA HERRAMIENTA EN EL TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN PROTÉSICA VASCULAR.

Dra. Cristina Lozano Ruiz. Complejo Hospitalario. Albacete.

PO-10.- TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DEL SÍNDROME DE MAY-THURNER.

Dra. Maria L. Robles Martín. H. Quirónsalud. Málaga.

PO-11.- SÍNDROME DE ISQUEMIA-REPERFUSIÓN INTESTINAL SECUNDARIO AL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ARTERIAS VISCERALES. A PROPOSITO DE UN CASO.

Dra. Maria L. Robles Martín. H. Quirónsalud. Málaga.

PO-12.- TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMAS Y PSEUDOANEURISMA DE LA ARTERIA RENAL, MEDIANTE EMBOLIZACIÓN SELECTIVA: REPORTE DE 3 CASOS.

Dra. Ester Castillo Martínez. H. U. Virgen de Valme. Sevilla.

PO-13.- AAA ATEROSCLERÓTICO-INFLAMATORIO DE CRECIMIENTO RÁPIDO.

Dra. Isabel M^a Manosalvas Rubio. H. U. Puerta del Mar. Cádiz.

PO-14.- NECROSIS EPIDÉRMICA POR OCLUSIÓN TROMBÓTICA DE LA ARTERIA FEMORAL PROFUNDA COMO COMPLICACIÓN RARA TRAS UNA RECONSTRUCCIÓN COMPLEJA FEMORAL Y DEGENERACIÓN ANEURISMÁTICA DE UN BYPASS AUTÓLOGO.

Dra. Carolina Vargas Gómez. Hospital Helios Dr. Horts Schmidt Kliniken. Wiesbaden. Alemania.

PO-15.- FISTULA AORTOENTÉRICA SECUNDARIA.

Dra. Andrea Muñoz Chimbo. H. U. Virgen de Valme. Sevilla.

PO-16.- RECONSTRUCCIÓN DE LA AORTA ABDOMINAL CON VENA FEMORAL SUPERFICIAL EN UN ANEURISMA SACULAR INFRARRENAL EN PACIENTE CON SÍNDROME DE BEHCET.

Dra. Carolina Vargas Gómez. Hospital Helios Dr. Horts Schmidt Kliniken. Wiesbaden. Alemania.

PO-17.- SÍNDROME DE LA AORTA PEQUEÑA O DE HIPOPLASIA AORTOILÍACA: REPORTE DE UN CASO.

Dra. María C. Galera Martínez. H. U. Puerta del Mar. Cádiz.

PO-18.- IMPLANTACIÓN EXITOSA DE UNA NEOAORTA DE PERICARDIO BOVINO EN LAS INFECCIONES DEL INJERTO PRÓTESICO: A PROPOSITO DE TRES CASOS.

Dra. Carolina Vargas Gómez. Hospital Helios Dr. Horts Schmidt Kliniken. Wiesbaden. Alemania.

18:30 a 19:15 h.- Conferencia Magistral. "LAS DISECCIONES DE AORTA A TRAVÉS DE LA HISTORIA. PERSPECTIVAS FUTURAS EN SU TRATAMIENTO".

Dr. Frank Criado. MedStar Unión Memorial Hospital. Baltimore. EE.UU.

19:15 a 20:15 h.- Conferencia: LASER ENDOVASCULAR.

Dr. **XXXXXXXXXXXXXXXXXX**

21:30 h. Cena de convivencia.

SÁBADO 25 NOV

09:00 a 10:30 h.- II MESA DE COMUNICACIONES ORALES.

Moderadores: Dra. Silvia Lozano Alonso – Dr. Fernando Gallardo Pedradas.

CO-07.- RESULTADOS CLÍNICOS TRAS REVASCULARIZACIÓN SIMULTÁNEA MULTIVASO FRENTE A UNIVASO EN EL SECTOR INFRAPOPLÍTEO.

Dra. Lara Gómez Pizarro. H. U. Virgen de Valme. Sevilla

CO-08.- UTILIDAD DEL SOFTWARE QLAB DE PHILIPS EN EL SEGUIMIENTO DEL EVAR EN UNA CONSULTA DEDICADA.

Dra. Irene Rastrollo Sánchez. Complejo Hospitalario Universitario. Granada.

CO-09.- EFECTIVIDAD DEL ESTUDIO BIOMECÁNICO DE LA PISADA EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS. NUESTRA EXPERIENCIA DESDE UNA CONSULTA INTERDISCIPLINAR.

Dra. Isabel M^a. Manosalvas Rubio. H. U. Puerta del Mar. Cádiz.

CO-10.- BALANCE DE COMPLICACIONES TRAS TERMOABLACIÓN ENDOVASCULAR LÁSER EN VENA SAFENA INTERNA: PRIMEROS 9 MESES DE EXPERIENCIA.

Dra. María C. Galera Martínez. H. U. Puerta del Mar. Cádiz.

CO-11.- RESULTADOS DEL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LA ARTERIA ILIACA EXTERNA CON STENT TIGRIS®.

Dr. Oscar Uclés Cabeza. H. C. San Carlos. Madrid.

CO-12.- FACTORES PREDICTIVOS DE MORTALIDAD EN PACIENTES INTERVENIDOS DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL ROTO.

Dra. Victoria E. García Blanco. H. U. Puerta del Mar. Cádiz.

CO-13.- ESCLEROTERAPIA CON ESPUMA EN EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA DE VENA SAFENA EXTERNA DE CALIBRE MENOR A 8 MM.

Dra. Ana Moreno Reina. H. U. Virgen de Valme. Sevilla.

CO-14.- CAUSAS DE SUSPENSIÓN QUIRÚRGICA EN UN SERVICIO DE ANGIOLGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR.

Dra. Marina Hebberecht López. Complejo Hospitalario Universitario. Granada.

CO-15.- EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA VENOSA TRATADOS DE FORMA QUIRURGICA.

Dra. Victoria E. García Blanco. H. U. Puerta del Mar. Cádiz.

10:30 a 11:30 h.- Simposio patrocinado por BOSTON. (Ver pagina 17)

11:30 a 12:00 h.- Pausa café y visita a stand.

- 11:30 a 14:15 h.- Taller SIMUVASC de suturas para prótesis biosintética y parche de pericardio bovino.**
Patrocinado por LeMaitre. Grupo de 15 alumnos. (Ver pag. 18)
- 12:00 a 13:45 h.- Mesa Redonda: “AVANCES EN EL MANEJO DE LA PATOLOGÍA VENOSA”.**
Moderadora: Dra. Esther Doiz Artazcoz. H. U. Puerta del Mar. Cádiz.
- **Avances en el diagnóstico de la patología venosa.**
Dr. Fidel Fernández Quesada. Complejo Hospitalario Universitario. Granada.
 - **Tratamiento endoluminal de la enfermedad venosa.**
Dr. Francisco J. Martínez Gámez. Complejo Hospitalario. Jaén.
 - **Evidencias de las nuevas técnicas de tratamiento de las varices. Endoláser. Radiofrecuencia Escleroterapia. VenaSeal.**
Dra. Rosario Conejero Gómez. H. P. Puerta del Mar. Cádiz.
- 13:45 a 14:15 h.- Sesión patrocinada por Abbott. Estudio SUPERA. Registro en la SAACV. Resultados Preliminares.**
Presentadores: Dr. Manuel Rodríguez Piñero. H. U. Puerta del Mar. Cádiz.
Dr. Fco. Javier Martínez Gámez. Complejo Hospitalario Jaén.
Ponente: Dr. José Enrique Mata Campo. Complejo Hospitalario. Jaén.
- 14:15 a 16:00 h.- Almuerzo.**
- 17:30 h.-** Asamblea ordinaria de la S. A. A. C. V. Primera convocatoria.
- 18:00 h.-** Asamblea ordinaria de la S. A. A. C. V. Segunda convocatoria.
- 21:30 h.-** **Cena de clausura y entrega de premios.**



**SIMPOSIOS - TALLER
PATROCINADOS**



Simposio patrocinado por: **BIOTRONIK**.

10:00 a 11:00 h.- OPCIONES DE TRATAMIENTO DE LA SFA CON EVIDENCIAS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.

Moderador: Dr. Fco. Javier Martínez Gámez. Complejo Hospitalario Jaén.

- Tratamiento con stent de la SFA. Estudio Bioflex Peace: Registro Pulsar 18. Resultados a 12 meses.
Dr. Manuel Rodríguez Piñero. H. U. Puerta del Mar. Cádiz.
- Tratamiento con balón liberador de fármacos: Estudio Biolux P-III. Resultados a 12 meses.
Dr. Jorge Cuenca Manteca. Complejo Hospitalario Universitario. Granada.
- REACT respuesta adaptada a la Terapia Combinada: Stent+DCB. Estudio Biolux 4ever. Resultados a 12 meses.
Dr. Rodrigo Yoldi Bocanegra. H. U. Torrecardenas. Almería.



BIOTRONIK

excellence for life

Simposio patrocinado por: **MEDTRONIC.**

14:30 a 15:30 h.-

- ◇ **Nuevo código del sector de tecnología sanitaria.**
Sr. D. Juan Carlos García ,CVG Business Director, MEDTRONIC.
- ◇ **Hacia un nuevo modelo de relación entre la sanidad y la industria.**
Sra. D^a. Sandra López de Carrizosa, IHS MEDTRONIC.

The Medtronic logo consists of the word "Medtronic" in a white, sans-serif font, centered within a solid blue rectangular background.

Simposio patrocinado por: **GORE.**

15:30 a 16:30 h.-

Moderador: Dr. Fco. Javier Serrano Hernando. H. U. Clínico. San Carlos. Madrid.

◇ **Sector Aórtico:**

Experiencia personal con GORE® TAG® Conformable con Sistema ACTIVE CONTROL. ¿Qué me puede aportar técnica y clínicamente?

Dr. Jose Moreno Escobar – H. Campus de la Salud. Granada.

◇ **Sector Periférico:**

Best practices of femoro-popliteal Endovascular treatment with GORE® TIGRIS® Vascular Stent

Dr. Jorge Cuenca – H. Campus de la Salud. Granada.



Simposio patrocinado por: **BOSTON**.

10:30 a 11:30 h.- **CRITERIOS DE APLICACIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS LIBERADORAS DE FÁRMACO. ACTUALIZACIÓN DE DATOS CLÍNICOS.**

◇ **Bienvenida**

Gloria Calatayud – Directora de la división de Intervencionismo Periférico BSC.

◇ **Seguimiento Datos clínicos Estudio MAJESTIC 3 - year & Ranger SFA Registry Results - Ranger SFA Trial - Diabetic Subset Results.**

Dra. Mercedes Guerra Requera. H. U. de Guadalajara.

◇ **Uso del stent Eluvia en el H.U. Puerta del Mar. ¿Ha cambiado nuestro criterio de stenting en SFA?. Seguimiento de casos.**

Dr. Manuel Rodríguez Piñero. H. U. Puerta del Mar. Cádiz.

◇ **Preguntas y foro de debate.**



Taller patrocinado por: **LeMaitre**

11:30 a 14:15 h.- **TALLER SIMUVASC DE SUTURAS PARA PRÓTESIS BIOSINTÉTICA Y PARCHES DE PERICARDIO BOVINO.**

Responsable del Curso:

Dr. Manuel Rodríguez Piñero. H.U. Puerta del Mar. Cádiz.

Ponentes:

Dr. Martín Landaluce Chaves. Complejo Hospitalario. Albacete.

Dra. Carolina Vargas Gómez. H. Helios Dr. Horts Schmidt Kliniken. Wiesbaden. (Alemania.)

Sr. Mikel Izaguirre Araquistain. Especialista de LEMAITRE.



CO-01.- TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DEL TRAUMATISMO CERRADO DE AORTA TORÁCICA: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.

Autores: Plá Sánchez, Ferrán, Martínez López, Isaac, Cernuda Artero, Iñaki, Cabrero Fernández, Maday y Serrano Hernando, Francisco Javier

Centro: H. U. Clínico San Carlos. Madrid.

OBJETIVO:

La reparación endovascular de los traumatismos cerrados de la aorta torácica (TCAOT) supone un tratamiento mínimamente invasivo para un cuadro con elevada mortalidad. El objetivo del presente estudio es describir la experiencia en nuestro centro en el tratamiento urgente de esta patología.

MATERIAL Y MÉTODO:

Análisis retrospectivo de todos los pacientes intervenidos por TCAOT entre Enero-2005 y Diciembre-2016. Descripción de demografía y comorbilidad, así como de las características radiológicas y datos intraoperatorios. Seguimiento clínico y radiológico al mes y al año con TC y posteriormente bianual con RMN y radiografía de tórax.

RESULTADOS:

12 pacientes intervenidos en dicho periodo, siendo el 91,6% de ellos varones con una edad media de 33,7 años (21-65). La principal causa fueron los accidentes de tráfico (66,7%) y el 100% presentaban lesiones mayores asociadas. En cuanto a la cirugía, todos fueron intervenidos bajo anestesia general, empleándose un solo módulo con diámetro medio de 23,9mm y longitud media de 121mm. El éxito técnico fue del 91,6% (1 éxitus intraoperatorio) y en 2 casos (16,6%) se realizó oclusión intencionada de la arteria subclavia izquierda, requiriendo uno de ellos una trasposición subclavio-carotídea por isquemia de la extremidad. No se objetivaron fugas intraoperatorias ni hubo lesiones iatrogénicas. Un paciente falleció en el postoperatorio inmediato. El seguimiento mediano fue de 17 meses (1-120), sin que se produjesen complicaciones relacionadas con el TEVAR.

CONCLUSIONES:

El TEVAR supone una buena opción en el manejo urgente del politraumatizado con TCAOT, siendo una incógnita la evolución a largo plazo de esta técnica en pacientes jóvenes.

CO-02.- ¿EXISTE AUN LA ZONA DE ?NO STENT?? RESULTADOS INICIALES DE PACIENTES CON ISQUEMIA CRÍTICA ASOCIANDO EL SECTOR POPLITEO.

Autores: Gordillo Alguacil, Sergio; Duque Santos, África; Reyes Valdivia, Andrés; Aracil Sanus, Enrique y Gandarias Zuñiga, Claudio

Centro: H. U. Ramón y Cajal. Madrid.

OBJETIVO:

El objetivo del estudio es describir la experiencia de nuestro centro en el tratamiento de isquemia crítica con el uso de un stent dual en la región poplítea.

MATERIAL Y MÉTODO:

Incluimos 19 pacientes tratados (Rutherford-Baker 3-5) en región poplítea con stent dual desde enero de 2012 hasta enero de 2017. La indicación del stent fue debido a fallo endovascular con angioplastia (disección, re-estenosis o recoil). Realizamos seguimiento clínico y ecográfico a 3, 6 y 12 meses. Se evalúa permeabilidad primaria, secundaria, salvamento de miembro y mortalidad.

RESULTADOS:

Recolectamos 19 pacientes, 8 hombres (42.1%) y 11 mujeres (57.9%), con una edad media de 77.4 años, con características basales habituales. La mediana de seguimiento fue 8 meses (rango 1-66 meses). Durante el seguimiento, la permeabilidad primaria a 3 meses fue de 94.7% y a 6 y 12 meses de 88%. La permeabilidad secundaria a 3 meses fue del 100% y a 6 y 12 meses de 92.9%, respectivamente. La tasa libre de amputación fue de 92.9% al año de seguimiento. La supervivencia al año fue del 72%.

CONCLUSIONES:

El stent dual de nitinol-fluoropolímeros impregnado en heparina es una buena opción terapéutica para la isquemia crítica en el sector poplítea, con altas tasas de permeabilidad y supervivencia del miembro, en un grupo de muy alto riesgo como es la isquemia crítica. Es necesario validar resultados a medio y largo plazo.

CO-03.- TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DEL SÍNDROME DE NUTCRACKER ANTERIOR Y POSTERIOR.

Autores: Rodríguez Morata, Alejandro; Alonso Argüeso Gonzalo; Reyes Ortega Juan Pedro; Robles Martín María Luisa y Novo Martínez, Gloria.

Centro: H. Quirónsalud Málaga.

OBJETIVO:

Revisar la serie de pacientes tratados de forma endovascular en nuestro Servicio por Síndrome de Nutcracker Anterior (cuando la vena renal izquierda estenosada es ortoanatómica) y Posterior (cuando la vena renal izquierda es retroaórtica).

MATERIAL Y MÉTODO:

Revisión retrospectiva demográfica, clínica y angiográfica de los 8 casos de Síndrome de Nutcracker tratados en nuestro Servicio desde julio de 2016 hasta julio de 2017.

RESULTADOS:

En este período se han tratado 6 casos de Síndrome de Nutcracker Anterior y 2 Posteriores. Sólo un paciente varón, de 49 años. Las pacientes tenían edades comprendidas entre los 36 - 44 años. Los dos Nutcracker Posteriores correspondieron a este grupo. Todos los casos fueron estudiados clínica, ecográficamente y con angioTAC abdominopélvico. Confirmación flebográfica intraoperatoria en todos los casos. Excepto en un caso, que no precisó embolización venosa asociada, esta se llevó a cabo en todos los casos, previa al implante de stent Venovo (Bard) con medidas entre los 14 y 20 mm de diámetro. La única complicación fue una hemorragia retroperitoneal derecha post-punción que precisó drenaje quirúrgico urgente. No hubo complicaciones relativas al implante de stent ni embolización.

CONCLUSIONES:

1) Hasta la fecha nunca se ha descrito el tratamiento endovascular en el Síndrome de Nutcracker Posterior. Podemos considerar estos dos casos, los primeros tratados hasta nuestros días. 2) Creemos que un abordaje endovascular puro en esta patología con embolización y colocación de stent en la vena renal izquierda, puede ser muy efectivo desde el punto de vista clínico y menos invasivo que la transposición quirúrgica tradicional o el bypass cavorenal.

CO-04.- ESCALAS DE RIESGO APLICADAS SOBRE ANEURISMAS DE AORTA TORÁCICA.

Autores: Fernández Herrera Jerónimo Antonio; Lozano Alonso Silvia; Linares Palomino José Patricio; Hebberecht López Marina y Salmerón Febres Luis Miguel.

Centro: Complejo Hospitalario Universitario. Granada.

OBJETIVO:

No existen escalas de riesgo de mortalidad diseñadas específicamente para pacientes intervenidos de Aneurismas de Aorta Torácica. El objetivo de este estudio fue evaluar el rendimiento de siete escalas utilizadas en otras patologías en nuestra serie de pacientes intervenidos de dicha patología mediante TEVAR.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se incluyeron todos los casos, tanto urgentes como electivos, entre 2005 y 2017. Las escalas evaluadas fueron Glasgow Aneurysm Score (GAS), Hardman Index, APACHE-II, Vascular Biochemistry and Haematological Outcome Model (VBHOM), Medicare, Vascular Governance North West (VGNW) y Vascular Physiological and Operative Severity Score for enUmeration of Mortality (V-POSSUM). Se analizaron predictores de mortalidad de nuestra serie así como la discriminación de las escalas.

RESULTADOS:

La mortalidad perioperatoria fue del 12,76% de un total de 47 pacientes incluidos. El 40% de las intervenciones fueron emergentes. Los predictores de mortalidad han sido pérdida de sangre, frecuencia cardíaca, presencia de shock, Enfermedad pulmonar Obstruictiva Crónica y la historia de Accidente Cérebro-Vascular. El área bajo la curva de VGNW fue de 0,85 y la de GAS fue de 0,78, demostrando muy buena discriminación.

CONCLUSIONES:

La escala que mejor predice mortalidad de nuestra serie es VGNW. No obstante, sería necesario la creación de una escala específica para TEVAR analizando el peso de los predictores de mortalidad en una gran serie de pacientes. Es decir, hasta el momento, solo son un instrumento de ayuda en la toma de decisiones clínicas y en ningún caso la decisión de intervenir a no aun paciente estará basada solo en la puntuación de estas escalas.

CO-05.- PREDICTORES DE REINTERVENCIÓN EN DISECCIÓN DE AORTA TIPO B.

Autores: Agudo Montore, Marina; Herrera Mingorance, Jose Damián; Ros Vidal, Rafael; Hebberecht López, Marina y Salmerón Febres, Luis Miguel.

Centro: Complejo Hospitalario Universitario. Granada.

OBJETIVO:

El tratamiento endovascular de la disección de aorta tipo B (DAB) se asocia a una alta tasa de reintervención. El objetivo de nuestro estudio es identificar aquellos factores de riesgo asociados a reintervención tras esta cirugía.

MATERIAL Y MÉTODO:

Análisis retrospectivo de los pacientes intervenidos en nuestro centro por DAB de manera endovascular entre enero-2003 y enero-2017. Se incluyen variables demográficas, clínicas, referentes a la morfología aórtica y cirugía, reintervención y mortalidad. Se ha realizado un análisis bivalente, multivalente y curvas de supervivencia empleando el paquete estadístico spss 21.

RESULTADOS:

Se intervinieron 76 pacientes (88% varones) con una edad de 62.1 ± 11.4 años, por DAB aguda (68%) o crónica. El seguimiento fue de 37.4 (1-170) meses, durante el cual 14 pacientes (18.7%) precisaron reintervención. Las causas fueron: degeneración aneurismática (n=3), arteria renal no permeable (n=3), endofuga tipo I (n=1), tipo II (n=1) y tipo III (n=1), isquemia de miembros inferiores (n=1) y fístula aorto-esofágica (n=1). Comparando el grupo que no precisó reintervención (G1) con el que sí (G2), se observó una mayor incidencia de reintervención para aquellos con hábito enólico (G1:4.3%,G2:21.4%, $p=0.04$), DAB crónica (G1:26.2%,G2:56.1%, $p=0.02$), malperfusión renal preoperatoria (G1:9.8%,G2:35.7%, $p=0.01$), cobertura aórtica limitada (G1:47.5%,G2:78.6%, $p=0.04$) y trombosis parcial de la falsa luz (G1:38.9%,G2:71.4%, $p=0.04$). El análisis multivalente mostró como variables predictoras de reintervención: trombosis parcial de la falsa luz, cobertura aórtica limitada y malperfusión renal previa a la cirugía.

CONCLUSIONES:

Existen factores que pueden actuar como predictores de reintervención tras TEVAR en DAB, no obstante, se necesitan estudios aleatorizados que apoyen los resultados obtenidos.

CO-06.- PATRONES CLÍNICOS Y RADIOLÓGICOS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE MALFORMACIÓN VASCULAR: FACTORES PREDICTIVOS DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO.

Autores: Ruales Romero, A., García Blanco, E., Galera Martínez, C., Craven-Bartle Coll, A. y Rodríguez Piñero, M.

Centro: H. U. Puerta Del Mar. Cádiz.

OBJETIVO:

Describir características clínicas y radiológicas de pacientes con malformaciones vasculares. Interpretar los factores que afectan el pronóstico y resultados del tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio observacional retrospectivo en pacientes derivados a Cirugía Vascul ar en Cádiz, con diagnóstico de anomalía vascular. Se encontraron 38 casos incluyendo tumores hasta malformaciones complejas, la mayoría aislada y 4 asociadas a otro síndrome, de éstos 27 fueron mujeres con edad media 32.3 años. La prueba diagnóstica más utilizada fue la ecografía, 20 resonancias, 6 arteriografías y 3 tomografías. Se trataron de forma conservadora 24 pacientes, 11 esclerosi s, 5 embolizaciones, 5 resecciones y 4 técnicas mixtas.

RESULTADOS:

El 52% de los pacientes presentaron alergias e hipotiroidismo. El antecedente familiar no fue frecuente, 4 tenían diagnosticadas mutaciones genéticas. Se valoraron los factores de riesgo cardiovascular, sin ser significativos. La mayoría de las lesiones se encontraron en las extremidades, siendo más frecuentes en los miembros superiores. El 42% de las lesiones eran de alto flujo, 25% asociaba síntomas significativos y patrón radiológico grado III (clasificación de Houdart). Se necesitó mas de un sesión en 6 casos. La indicación para tratarlos fue dolor, discomfort y deformidad. El 56% de los pacientes presentó mejoría posterior a la intervención. La extensión de las lesiones, el grado clínico e imagenológico, fueron predictores negativos del tratamiento.

CONCLUSIONES:

Las malformaciones vasculares presentan un reto en cuanto al tratamiento; la esclerosi s o embolización puede reducir el flujo pero suele requerir varias sesiones. El tratamiento endovascular requiere un planeamiento exhaustivo según extensión clínica y radiológica de la lesión.

CO-07.- RESULTADOS CLÍNICOS TRAS REVASCULARIZACIÓN SIMULTÁNEA MULTIVASO FRENTE A UNIVASO EN EL SECTOR INFRAPOPLÍTEO.

Autores: Gómez Pizarro, L. Castillo Martínez, M. Moreno Reina, A. Moreno Machuca, J. y García León, A.
Centro: H. U. Virgen de Valme Sevilla.

OBJETIVO:

Conocer los efectos que tiene la revascularización simultánea múltiple sobre el sector infrapoplíteo, en términos de salvamento de extremidad.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo, llevado a cabo entre Mayo 2015-Mayo 2017, que evalúa 58 extremidades, en un total de 56 pacientes, sometidas a revascularización endovascular infrapoplíteo, como consecuencia de isquemia arterial aguda (1.7%), dolor de reposo (24.1%) y lesión trófica (74.1%), con un tiempo de seguimiento medio de 15.74 meses. Los resultados hacen referencia a la incidencia de salvamento de la extremidad revascularizada, la aparición de evento cardiovascular mayor (SCA/ACVA) y la mortalidad. Los casos fueron agrupados en función del tipo de revascularización infrapoplíteo realizada (multivaso vs. univaso).

RESULTADOS:

18 extremidades (31.03%) fueron sometidas a revascularización múltiple y 40 extremidades (68.97%) fueron sometidas a revascularización única, con una incidencia de salvamento de extremidad del 61.1% vs. 67.5% ($p = .554$), una incidencia de evento cardiovascular mayor del 0.0% vs. 2.5% ($p = 1$) y una incidencia de éxitus del 5.6% vs. 7.5% ($p = 1$), respectivamente. Por otra parte, estudiando los efectos de la revascularización multivaso frente a univaso en función de afectación por DM, hemos observado una mayor incidencia de amputación mayor en grupo DM frente a grupo no DM, 12.5% vs. 38% ($p = .044$), independientemente del tipo de revascularización realizada.

CONCLUSIONES:

A pesar de las limitaciones de nuestro estudio, hemos observado una tendencia, acorde con la bibliografía de referencia, por la cual la revascularización múltiple del sector infrapoplíteo de forma simultánea no supone una mejora con respecto a la revascularización única.

CO-08.- UTILIDAD DEL SOFTWARE QLAB DE PHILIPS EN EL SEGUIMIENTO DEL EVAR EN UNA CONSULTA DEDICADA.

Autores: Rastrollo Sánchez I, Cuenca Manteca JB, Hebberecht López M, Herrera Mingorance JD. y Salmerón Febres LM.

Centro: Complejo Hospitalario Universitario. Granada.

OBJETIVO:

El seguimiento del EVAR requiere de una periodicidad mayor que la cirugía convencional. El TAC trifásico es reconocido como el patrón oro, ahora bien, un meta-análisis sugiere que la sensibilidad del CEUS es similar al TAC con contraste. El desarrollo tecnológico se está experimentando en la tecnología ecodoppler. Nuestro objetivo es analizar los resultados observados en una consulta dedicada empleando DUS, CEUS y TAC.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio prospectivo realizado entre octubre de 2016 y septiembre de 2017 sobre 205 exploraciones ecográficas. 40 pacientes acudieron con TAC. A todos los pacientes se les realizó por el mismo explorador un DUS seguido de un qLAB, siendo interpretado el TAC al final de la consulta. Se emplea el programa SPS 20.0 para el análisis de los datos.

RESULTADOS:

Con DUS se detectaron 4 endofugas de alto flujo y 5 tipo II. Mediante qLAB se detectaron 4 endofugas de alto flujo y 8 de bajo flujo. El TAC mostraba 3 endofugas de alto flujo y 9 de bajo flujo. No hubo diferencia significativa en los diámetros AP obtenidos en eco y TAC. Se observó crecimiento del saco desde el implante en dos ocasiones, siendo estas endofugas tipo Ia. En 4 casos se observó reducción en el tamaño del saco (> 8 mm).

CONCLUSIONES:

El seguimiento mediante ecodoppler con la ayuda de la tecnología qLAB muestra mejores resultados que el DUS simple en el seguimiento del EVAR, aunque en caso de intervenir endofugas tipo II, solo en caso de crecimiento del saco, un seguimiento basado en DUS es correcto.

CO-09.- EFECTIVIDAD DEL ESTUDIO BIOMECÁNICO DE LA PISADA EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS. NUESTRA EXPERIENCIA DESDE UNA CONSULTA INTERDISCIPLINAR.

Autores: Manosalbas Rubio, Isabel M^a; Doíz Artazcoz, Esther; Ruales Romero, Ana Margarita; García Blanco, Victoria Eugenia y Rodríguez Piñero, Manuel.

Centro: H. U. Puerta del Mar. Cádiz.

OBJETIVO:

Definir las características del pie de nuestra población. Detectar y prevenir la ulceración mediante un podograma en dinámica en una consulta multidisciplinaria. Relacionar los pies de riesgo con las deformidades, los tipos de patrón y las diez regiones de interés.

MATERIAL Y MÉTODO:

Diabéticos atendidos en la consulta durante un año. Excluimos pacientes con amputación mayor o no independientes para la marcha. Definición de pie en bajo o alto riesgo y deformidades en ausente, leve, moderada o severa. Podograma en dinámica Footscan® con determinación de valores de presión en diez puntos y clasificación del patrón. Análisis descriptivo bivalente mediante test de Chi-cuadrado/Fisher, (nivel de confianza 95%), SPSS v. 20.0.

RESULTADOS:

Incluimos 82 pacientes de los 120 (69%). El 76,8% varones con edad media 67,22 años: tabaquismo (12,2%), HTA y dislipemia (57,3%). Arteriopatía distal en 40%. El 41,46% presentaban pies de alto riesgo y el 8% úlceras. Un 70,6% de los pacientes de alto riesgo presentaban deformidades, con hallux y dorsiflexión del tobillo limitadas ($p < 0,05$) y puntos de hiperpresión en T1 > 20 N/cm² ($p < 0,05$) encontrando hiperpresión significativa entre los patrones de pisada y puntos de mapeo. Se prescribió zapato estándar en un 76,8% y ortesis de descarga en un 84% (67% ambos). No reulceración en seguimiento.

CONCLUSIONES:

1. Proceso asistencial complejo que debe ser multidisciplinario. 2. La presencia de hallux rígido, dorsiflexión del tobillo y deformidades deben hacernos sospechar la presencia de puntos de hiperpresión. 3. La asociación patrón de pisada-hiperpresión nos podría permitir estandarizar la descarga. 4. En nuestra el zapato estándar ha sido efectivo en la prevención de úlceras.

CO-10.- BALANCE DE COMPLICACIONES TRAS TERMOABLACIÓN ENDOVASCULAR LÁSER EN VENA SAFENA INTERNA: PRIMEROS 9 MESES DE EXPERIENCIA.

Autores: Galera Martínez, M C, Martín Cañuelo, J, Ruales Romero, A M, García Blanco V E, y Rodríguez Piñero M.

Centro: H. U. Puerta del Mar. Cádiz.

OBJETIVO:

Valorar la incidencia de complicaciones acontecidas tras la introducción de la termoablación endovascular venosa láser (TEVL) en nuestra unidad para el tratamiento de vena safena interna (VSI), y compararla con el resto de técnicas empleadas en nuestro centro para el tratamiento quirúrgico de la insuficiencia venosa crónica.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo de las extremidades afectadas por insuficiencia de VSI tratadas en nuestra unidad de octubre 2016 a junio 2017 (9 meses). Los grupos a comparar fueron TEVL, y crosectomía con o sin stripping. Los pacientes incluidos presentaban sintomatología y CEAP C2 a C6. Se empleó láser radial 1470nm doble en el grupo TEVL. Variables recogidas: complicaciones perioperatorias, acude a revisión, visita urgencias, complicación herida quirúrgica, hematoma complicado, hiperpigmentación, tromboflebitis, neuropatía, varices residuales. Se analizaron los datos con el programa estadístico R(ver.3.4.2).

RESULTADOS:

Fueron tratadas 299 extremidades (298 pacientes), 163 con TEVL y 136 mediante crosectomía/stripping. Se indicó TEVL al 60% de las mujeres y al 45,7% de los hombres ($p=0,015$). En el 8,9% de las extremidades se observó hematoma complicado tras crosectomía/stripping frente al 3% que lo presentaron tras TEVL ($p=0,032$). El 7,7% de pacientes manifestó neuropatía tras TEVL en esa extremidad, recogiendo un 2,2% en el otro grupo ($p=0,02$).

CONCLUSIONES:

La termoablación endovenosa láser de safena interna en nuestra serie ha mostrado mayor incidencia de neuropatía en el postoperatorio. Tras la técnica de stripping se ha detectado hematoma complicado con mayor frecuencia que tras termoablación. Se ha observado una tendencia significativa a la indicación de TEVL en el género femenino.

CO-11.- RESULTADOS DEL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LA ARTERIA ILIACA EXTERNA CON STENT TIGRIS®.

Autores: Uclés Cabeza, Óscar. Martínez López, Isaac. Plá Sánchez, Ferrán. Cernuda Artero, Iñaki y Serrano Hernando, Francisco Javier

Centro: H. Clínico San Carlos, Madrid

OBJETIVO:

Analizar los resultados a medio plazo del tratamiento endovascular de la patología oclusiva de la arteria iliaca externa (AIE) mediante el stent Tigris®.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio prospectivo que incluye los pacientes tratados de forma electiva y consecutiva entre marzo-2013 y junio-2017. Análisis de comorbilidad, características de las lesiones, técnica y resultados en términos de permeabilidad y tasa libre de reintervención (TLR).

RESULTADOS:

Treinta y cinco pacientes tratados, 82.9% varones con una edad de 66.4 ± 9.1 años. El 85.7% tenían isquemia crítica, con IMB preoperatorio 0.73 ± 0.15 . En cuanto a las lesiones, el 60% afectaba al tercio distal de la AIE, el 65.7% era TASC A-B, con un 80% de estenosis y una longitud de lesión de 66.1 ± 25.1 mm, si bien había lesiones asociadas a otros niveles en el 91.4% de los casos.

El éxito técnico fue del 100%, requiriendo un 54.3% una cirugía asociada, fundamentalmente a nivel de la bifurcación femoral. El stent más empleado fue el de 7 mm, con una longitud media de 66.7 ± 20.1 mm. En 11 casos el stent progresó hasta la femoral común (FC). No hubo complicaciones intraoperatorias. Sólo hubo una oclusión precoz. El seguimiento mediano fue de 15 meses (1-53), con una permeabilidad primaria y TLR a seguimiento mediano del 97.1%, con una permeabilidad secundaria del 100%. Los dispositivos implantados hasta FC no tuvieron complicaciones.

CONCLUSIONES:

El stent Tigris® ofrece buenos resultados a medio plazo en la AIE, si bien son necesarios un seguimiento a largo plazo y un estudio comparativo con el resto de dispositivos empleados en esta localización.

CO-12.- FACTORES PREDICTIVOS DE MORTALIDAD EN PACIENTES INTERVENIDOS DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL ROTO.

Autores: García Blanco, Victoria E; Ruales Romero, Ana M; Galera Martínez, Cristina M; Dóiz Artázcoz, Esther y Rodríguez Piñero, Manuel.

Centro: H. U. Puerta del Mar. Cádiz.

OBJETIVO:

Evaluar los factores pronósticos en pacientes con aneurisma de aorta abdominal roto (AAAr) tratados de forma endovascular (REVA) y cirugía abierta convencional (OR) en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se seleccionó de forma consecutiva a los pacientes que se intervinieron de AAAr desde enero de 2011 a diciembre de 2016. Se realizó un estudio descriptivo y analítico retrospectivo a los pacientes intervenidos de AAAr tanto de forma endovascular como convencional en nuestro centro. Se recogieron variables preoperatorias, intraoperatorias y de mortalidad atribuible a la intervención en todos los casos.

RESULTADOS:

El estudio incluyó 63 varones con una edad media de 72 ± 7 años. La mortalidad perioperatoria fue del 32% en pacientes tratados de REVA y del 68% de OR ($p = 0.00$). Tras la realización del análisis multivariante, los factores pronósticos significativos en ambos grupos fueron el tipo de intervención ($p = 0.01$), el tiempo quirúrgico ($p = 0.037$), la necesidad de politransfusión ($p = 0.034$) y de drogas vasoactivas ($p = 0.00$). En el grupo REVA, las variables significativas fueron el antecedente de EPOC ($p = 0.27$), la presencia de síncope previo ($p = 0.019$) y necesidad de drenaje de hematoma retroperitoneal ($p = 0.011$).

CONCLUSIONES:

La indicación de intervención quirúrgica en los AAAr es siempre una decisión controvertida para el profesional debido a la alta morbimortalidad que conlleva. Las variables intraoperatorias como son el tipo de intervención, tiempo quirúrgico y necesidad de drogas y politransfusión constituyen los factores pronósticos más importantes

CO-13.- ESCLEROTERAPIA CON ESPUMA EN EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA DE VENA SAFENA EXTERNA DE CALIBRE MENOR A 8MM.

Autores: Moreno Reina, A., Castillo Martínez, E. M., Núñez de Arenas Baeza, G., Moreno Machuca, F. J. y García León A.

Centro: H. U. Virgen de Valme. Sevilla.

OBJETIVO:

Evaluar la seguridad y eficacia de escleroterapia guiada por ultrasonidos con espuma de polidocanol en el tratamiento de insuficiencia de vena safena externa(VSE).

MATERIAL Y MÉTODO:

Análisis retrospectivo de pacientes con insuficiencia de VSE sometidos a tratamiento con espuma de polidocanol, entre Diciembre 2013-Octubre 2017.Se evaluó la oclusión o eliminación del reflujo ecográfico de la VSE (éxito técnico inicial), y la mejoría de los síntomas y de la calidad de vida, mediante el Venous Clinical Severity Score(VCSS) (éxito clínico).

RESULTADOS:

Se trataron 21 pacientes, con una edad media de 57años, siendo el 76,2% mujeres y el 23,8% varones. Todos eran sintomáticos (CEAP: 52.4%C3, 28.6 %C4, 9.5%C5, 4.8%C6). El 47.6% de los casos presentaban recidiva varicosa. El calibre medio de las VSEs tratadas fue de 6.5mm y el calibre máximo de 8mm. El período de seguimiento medio fue de 26,14 meses. La tasa de éxito técnico inicial fue del 100%, consiguiéndose en el 95% de casos tras una única sesión (el 5% precisó 2 sesiones). La tasa de éxito clínico fue del 93,75%, objetivándose una mejoría estadísticamente significativa en la puntuación obtenida en VCSS (pretratamiento:13.25, postratamiento:7.3;p<0 001). El grado medio de satisfacción fue de 8,75(0-10). En el seguimiento, se produjo recanalización del eje de VSE en 3 casos(14.3%), siendo completa y sintomática en sólo 2 casos(9.5%). Las complicaciones más frecuentes fueron la tromboflebitis(66,7%) e hiperpigmentación cutánea(50%). No se evidenciaron casos de TVP ni TEP.

CONCLUSIONES:

La escleroterapia con espuma constituye hoy día una alternativa terapéutica mínimamente invasiva, segura y eficaz en el tratamiento de insuficiencia de vena safena externa.

CO-14.- CAUSAS DE SUSPENSIÓN QUIRÚRGICA EN UN SERVICIO DE ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR.

Autores: Hebberecht López, Marina, López Espada, Cristina, Linares Palomino, José Patricio, Ros Vidal, Rafael y Salmerón Febres, Luis Miguel.

Centro: Complejo Hospitalario Universitario. Granada.

OBJETIVO:

La suspensión de intervenciones quirúrgicas es un problema con consecuencias indeseables para el paciente, la familia y el Sistema Sanitario e implica una pérdida de recursos sanitarios y un aumento en las listas de espera. El objetivo de este trabajo es conocer la tasa de suspensión quirúrgica en nuestro servicio en los últimos 3 años y analizar las causas de suspensión más frecuentes.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo de 368 intervenciones suspendidas en los últimos 3 años. Se han analizado variables epidemiológicas y variables resultado en relación con el motivo de suspensión, el tiempo estimado de quirófano no aprovechado y la ruta del paciente tras la suspensión.

RESULTADOS:

La tasa de suspensión oscila entre el 8.23-9.8% (65,5% pacientes ingresados; 34,5% pacientes ambulatorios). La cirugía más frecuentemente suspendida fue la FAV autóloga (19%), seguida de la cirugía de varices (15,8%) y la amputación mayor (13%). Los motivos predominantes de suspensión fueron la falta de tiempo (33,4%), la inadecuada preparación del paciente (16,3%) y los trastornos de coagulación (6,3%). La falta de tiempo destacó en el grupo de ambulatorios (47,2%), frente al 26% en los ingresados ($p < 0.0001$). La incorrecta preparación de los ingresados fue del 17,8%, frente al 13,4% de ambulatorios ($p: 0,1$). La suspensión supuso un tiempo no utilizado de quirófano de 125+/-43 minutos en ingresados frente a 119+/-17 en ambulatorios ($p < 0.0001$).

CONCLUSIONES:

El análisis de las causas de suspensión en un servicio de Cirugía vascular constituye una herramienta útil para mejorar la satisfacción del paciente, aumentar la eficiencia y optimizar la gestión de recursos hospitalarios.

CO-15.- EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA VENOSA T.RATADOS DE FORMA QUIRÚRGICA.

Autores: García Blanco, Victoria E; Ruales Romero, Ana M; Galera Martínez, Cristina M; Dóiz Artázcoz, Esther y Rodríguez Piñero, Manuel.

Centro: H. U. Puerta del Mar. Cádiz.

OBJETIVO:

Evaluación de la calidad de vida (CVRS) en pacientes con insuficiencia venosa crónica (IVC) y comparación de la misma tras intervención quirúrgica, ya sea convencional, termoablación o endoláser. Determinar los factores pronósticos y complicaciones que influyen en la calidad de vida de los pacientes intervenidos.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se seleccionó de forma consecutiva a los pacientes intervenidos de IVC tanto de forma convencional como por endoláser de abril a junio de 2017 en nuestro centro y se realizó un estudio descriptivo y analítico retrospectivo. La calidad de vida fue evaluada mediante tres preguntas generales del cuestionario CIVIQ-2 realizado a todos los pacientes tanto de forma previa a la intervención como en la revisión postquirúrgica. Se recogieron variables preoperatorias y postoperatorias en todos los casos.

RESULTADOS:

El estudio incluyó 81 pacientes, 41 varones y 40 mujeres, con una edad media de 50 ± 9 años. Tras la realización del análisis multivariante, las mujeres presentaban peor CVRS previa a la intervención ($p=0.00$) y mayor afectación clínica nocturna ($p=0.00$). Los pacientes reintervenidos mostraban mayor afectación en el trabajo/vida diaria ($p=0.08$) mientras que los pacientes con extremidad contralateral intervenida reflejaban peor calidad de vida en todos los aspectos ($p=0.04$). La existencia de complicaciones se relaciona con peor calidad de vida postoperatoria ($p < 0.05$).

CONCLUSIONES:

La valoración de la calidad de vida en pacientes con IVC es fundamental para evaluar estadiaje y severidad de la enfermedad de forma individualizada. Los estadios avanzados de la enfermedad crónica venosa se correlacionan con el deterioro en la calidad de vida reflejado en los cuestionarios.

ABSTRACT COMUNICACIONES PÓSTER

EN LA PAGINA 59 SE PODRAN DESCARGAR LA IMAGEN DE LOS POSTERS, DESDE CODIGOS QR

PO-01.- ISQUEMIA AGUDA DE MMII COMO COMPLICACIÓN TARDÍA TRAS EVAR.

Autores: Herrero Martínez, Elena; Martínez Gámez, Francisco Javier; Mata Campos, José Enrique; Galán Zafra, Moisés y Sánchez Maestre, Manuel Luís.

Centro: Complejo Hospitalario. Jaén.

INTRODUCCIÓN:

Presentamos el caso de 2 pacientes con isquemia aguda de MMII como complicación tardía tras EVAR.

CASO CLÍNICO:

Caso 1: Varón 88 años, con antecedentes de HTA, DL. Reparación de AAA suprarrenal con endoprótesis fenestrada Anaconda en enero 2014. En marzo 2017 acude a urgencias con cuadro de isquemia aguda MID, realizándose bypass femoro-femoral. En arteriografía se identifica endofuga tipo III por desconexión de rama iliaca derecha. En un segundo tiempo, se realiza la reparación de endofuga con colocación de Amplatzer vía humeral.

MATERIAL Y MÉTODO:

Caso 2: Varón 62 años, sin antecedentes de interés. Reparación de AAA infrarrenal sintomático en abril 2013 con endoprótesis Endurant. En septiembre de 2017 acude a urgencias por dolor y parestesias de 2 días de evolución en MII. Exploración sin pulsos. Mediante abordaje de trípode femoral izquierdo, se realiza arteriografía identificando obstrucción de eje iliaco, por acodamiento de prótesis por posible migración proximal de rama. Se realiza trombectomía iliaca y extensión con rama 16 x 16 x 94 Endurant, así como trombectomía distal, con buen resultado.

COMENTARIOS:

La isquemia aguda tras EVAR, suele ser debida a dislocación o desconexión de las componentes, causando o no endofugas tipo III. Estas endofugas son raras (2.1%), teniendo mayor incidencia entre las endoprótesis de 1º y 2º generación. Prácticamente todos pueden ser reparadas mediante técnicas endovasculares, requiriendo la combinación de técnicas quirúrgicas para tratar la isquemia aguda de MMII.

PO-02.- ARTERIOGRAFÍA CON CO2 EN PACIENTES CON ELEVACIÓN DE CREATININA. EFICACIA Y EFICIENCIA.

Autores: Martínez Gámez, Fco Javier; Mata Campos, Jose Enrique; Herrero Martínez, Elena; Galán Zafra, Moisés; y Maldonado Fernández, Nicolás.

Centro: Complejo Hospitalario. Jaén

OBJETIVO:

Valorar la posibilidad de tratamiento en pacientes isquémicos, con elevación de creatinina(Cr) mediante técnicas endovasculares con arteriografía con CO2 frente al uso de contrastes yodados.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se trataron 7 pacientes varones con isquemia crítica de MMII con el empleo de arteriografía con CO2 contralateral. todos ellos con elevación de cifras de Cr y grados 4-6 rutherford. 4 de ellos diabéticos en tratamiento con ADO.

RESULTADOS:

Se realizo arteriografía con CO2 con buena visualización. Comprobación en segmentos a tratar con 5ml de contraste yodado. Volumen de inyección 50ml de CO2 por serie. En 5 de ellos resolución con ATP ATK y BTK. (2 recanalizaciones de ejes distales), 1 recanalización en Hunter con implante de Stent Supera y 1 paciente derivado para cirugía revascularizadora mediante by-pass femoropoplíteo. No complicaciones intraoperatorias No elevación de cifras de Cr en el postoperatorio. Visualización de vasos distales mejor que con contrastes yodados en oclusiones completas

CONCLUSIONES:

La arteriografía con CO2 en nuestra experiencia inicial: Es fácilmente realizable. Puede conseguir imágenes superiores a CO2 en oclusiones de vasos Reduce el uso de contrastes yodados con el consiguiente beneficio en pacientes en riesgo renal

PO-03.- INFECCIÓN PRECOZ DE ENDOPRÓTESIS AORTA ABDOMINAL, TRATAMIENTO CONSERVADOR O QUIRÚRGICO.

Autores: Galán Zafra, Moisés. Sánchez Maestre, Manuel Luís. Maldonado Fernández, Nicolás. Herrero Martínez, Elena y Martínez Gámez, Francisco Javier

Centro: Complejo Hospitalario. Jaén

INTRODUCCIÓN:

La infección protesica tras EVAR es una complicación con una frecuencia alrededor del 0.2-1% pero de una extremada gravedad y con una corrección quirúrgica con una alta morbi-mortalidad.

CASO CLÍNICO:

Presentamos el caso de un varón de 66 años con antecedentes de HTA, dislipemia, bypass aorto-aórtico por AAA sintomático de 10 cm en 2003 y CHIVA en 2016. El paciente ingresa con cuadro de dolor abdominal y pérdida de conciencia diagnosticándolo de un PSA con sangrado activo de la anastomosis distal del bypass previo.

MATERIAL Y MÉTODO:

Es sometido a endoprótesis aortomonoilíaca, embolización hipogástrica y bypass femorofemoral. Tras ser dado de alta ingresa en medicina interna a los 10 días por cuadro febril de 38°, leucocitosis de 19000, hemocultivos negativos visualizándose en el TAC gas periprotésico. Se opta por tratamiento conservador con ciprofloxacino y linezolid desapareciendo la fiebre y la leucocitosis. A los 60 días de la cirugía presenta cuadro de pérdida de fuerza y frialdad en MMII diagnosticándose de trombosis de endoprótesis aórtica practicándole bypass axilofemoral al cruzado previo. A los 90 días presenta cuadro de dolor lumbar de una semana de evolución y reaparición de fiebre por lo que se decide el explante de la prótesis y ligadura aórtica con cultivos positivos a e.faecalis sensible a linezolid.

COMENTARIOS:

Aunque el tratamiento quirúrgico de la infección de una endoprótesis suponga una elevada morbimortalidad (clampaje supracelíaco, sistemas de fijación de la prótesis, derivación extranatómica, etc...) creemos que es el mejor tratamiento debiéndose reservar el tratamiento conservador para casos de riesgo quirúrgico inasumible aunque existan artículos con una buena evolución.

PO-04.- EXCLUSIÓN ENDOVASCULAR DE UNA FISTULA FEMOROFEMORAL POSTRAUMÁTICA TARDÍA.

Autores: Maldonado Fernández N, Galán Zafra M, Olmo Jiménez JM, Herrero Martínez E. y Martínez Gámez FJ.

Centro: Complejo Hospitalario. Jaén.

INTRODUCCIÓN:

Las fistulas arteriovenosas traumáticas pueden pasar desapercibidas y manifestarse meses después. Sospecharemos esta complicación cuando tengamos un antecedente traumático con una masa pulsátil, frémito, congestión de la extremidad y auscultemos un soplo continuo. El estudio ecográfico nos servirá para confirmar la sospecha y la planificación del tratamiento se realizará mediante angiotomografía computarizada y arteriografía.

CASO CLÍNICO:

Presentamos una mujer de 64 años, que 11 meses antes sufrió un traumatismo con fractura subcapital del fémur derecho resuelta con una prótesis total de cadera. La ingle y el muslo se encontraban muy calientes y congestivos con un frémito palpable y la pantorrilla presentaba un edema y frialdad distal, sin pulso poplíteo ni distales. El índice tobillo-brazo derecho era de 0,40. La angiotomografía mostró una fistula femorofemoral en el tercio proximal de la arteria femoral superficial con estenosis crítica de la misma. Proximalmente se apreció una dilatación del sector arterial y venoso importantes.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se abordó quirúrgicamente la femoral superficial en tercio medio del muslo, se canalizó retrógradamente hasta la femoral común pudiéndose desplegar un stent recubierto (BeGraft BENTLEY INNOMED de 6 ×58 mm®) que selló de forma completa la comunicación arteriovenosa. Inmediatamente desapareció el soplo y frémito femorales, la pierna y pie recuperaron temperatura y pulso pedio.

COMENTARIOS:

El desarrollo de los materiales endovasculares ha originado que este tipo de tratamiento pueda ser el primero en indicarse en pacientes con lesiones traumáticas complejas como las fístulas arteriovenosas. El tratamiento quirúrgico convencional quedaría reservado para cuando el anterior fracase.

PO-05.- LIDIANDO CON LA COMPLEJIDAD DEL TRATAMIENTO DEL ANEURISMA POST-DISECCION AÓRTICA.

Autores: Gordillo Alguacil, Sergio; Duque Santos, África; Reyes Valdivia, Andrés; Ocaña Guaita, Julia y Gandarias Zuñiga, Claudio.

Centro: H. U. Ramón y Cajal. Madrid.

INTRODUCCIÓN:

El aneurisma tras disección aórtica crónica es una complicación frecuente (10-25%) debido a la permeabilidad de la luz falsa. Se han descrito numerosas técnicas quirúrgicas en la bibliografía.

CASO CLÍNICO:

Varón de 65 años con antecedentes de disección aórtica tipo A tratado con técnica Bentall-Bono, reparación de hemiarco y anticoagulación sistémica. En TC de control 4 meses después, se objetiva aneurisma de aorta torácica de 50mm (previo 40mm) y disección residual hasta arteria iliaca izquierda. Arteria mesentérica inferior y renal izquierda nacían de la luz falsa, resto de verdadera. Por crecimiento rápido del aneurisma, se programó tratamiento híbrido. Realizamos bypass carótido-subclavio izquierdo, implante de 2 endoprótesis torácicas Valiant y técnica Petticoat con stent XL hasta arterias renales. Debido a la persistencia de permeabilidad de la luz falsa en angioTC al mes, se programa para debranching visceral a los 4 vasos desde la arteria iliaca externa derecha, colocación de endoprótesis Valiant y técnica de Knicker-Bocker.

Se objetiva trombosis de arteria renal derecha intraoperatoria, realizándose trombectomía de la misma. En el postoperatorio presentó hematuria franca con shock hipovolémico. AngioTC urgente muestra fistula entre arteria polar superior derecha y cáliz renal, realizándose embolización con coils, con resultado exitoso. Alta 4 días después sin otros eventos. Tras 1 año de seguimiento, el paciente está asintomático y sin fugas en el TC de control.

MATERIAL Y MÉTODO: .

COMENTARIOS:

El tratamiento del aneurisma aórtico postdissección es extremadamente complejo y demandante técnicamente. Existen numerosas opciones terapéuticas, debiendo individualizar en cada paciente.

PO-06.- PRESERVACIÓN DE ARTERIA HIPOGÁSTRICA, EXCLUSIÓN DE ANEURISMA ILÍACO COMÚN Y RESOLUCIÓN DE ENDOFUGA TIPO IB, MEDIANTE ENDOBYPASS ILÍACO EXTERNO-HIPOGÁSTRICO.

Autores: Carrasco de Andrés, David; Guillén Fernández, Manuel; Rodríguez Carmona, Rocío; Navarro Muñoz, Estrella y Yoldi Bocanegra, Rodrigo.

Centro: Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería

INTRODUCCIÓN:

La cobertura o embolización arteria hipogástrica (AH) durante la reparación endovascular (EVAR) del aneurisma de aorta abdominal (AAA) puede condicionar la aparición de isquemia pélvica sintomática, más frecuentemente si la afectación es bilateral. Presentamos un caso de exclusión de aneurisma ilíaco común y resolución de endofuga tipo Ib con preservación de AH, mediante la realización de endobypass iliaco externo-hipogástrico en paciente con EVAR previo por AAA roto.

CASO CLÍNICO:

Varón 78 años, ex fumador, hipertenso y diabético, con endoprótesis aorto-monoilíaca externa derecha (embolización AH) y bypass fémoro-femoral por AAA y biilíaco roto (Febrero 2014), más ligadura de arteria mesentérica inferior por endofuga tipo II (Octubre 2014). Se detecta en seguimiento la migración del ocluser ilíaco común izquierdo hacia el saco aneurismático, con repermeabilización del aneurisma ilíaco común izquierdo, la consecuente aparición de endofuga tipo Ib, y crecimiento del saco del AAA. En Abril 2017, mediante punción retrógrada de arteria femoral superficial izquierda y sistema de cierre con doble Proglide®, se implanta stent recubierto tipo Viabahn® (11x100mm) desde arteria ilíaca externa a AH. Precisa angioplastia del origen de AH por estenosis severa, junto con embolización selectiva de colateral por rotura (coil de liberación controlada Azur®). Correcta exclusión del aneurisma ilíaco y resolución de la endofuga, con disminución del saco aneurismático, en TAC de control a los 6 meses del procedimiento.

COMENTARIOS:

La preservación de la AH siempre debe estar en mente del cirujano vascular, sobre todo cuando es única, y mediante esta técnica, en casos seleccionados y con calibres arteriales adecuados, es posible.

PO-07.- EMBOLIZACIÓN ARTERIAL COMO TRATAMIENTO DE HEMORRAGIA DE REGIÓN ORL DE DIFÍCIL MANEJO.

Autores: Bersabé Alonso, I, Moreno Reina, A, Moreno Machuca, FJ, Nuñez de Arenas Baeza, G. y García León, A.

Centro: H. U. Virgen de Valme. Sevilla.

INTRODUCCIÓN:

La hemorragia de las cavidades nasales u orofaríngeas es un cuadro común que se puede manejar de manera conservadora en la mayoría de los casos. Sin embargo, cuando pasa a ser de difícil manejo y las medidas, incluido el taponamiento anterior y posterior de la cavidad nasal, no logran controlar el sangrado puede requerirse un tratamiento adicional como la embolización transarterial superselectiva.

CASO CLÍNICO:

Caso clínico 1. Varón de 66 años con antecedente de carcinoma epidermoide de laringe y base de lengua intervenido. Ingresa por sangrado de hipofaringe de repetición y shock hipovolémico. Se realiza angio-TAC y arteriografía de troncos supraaórticos observándose pseudoaneurisma de arteria lingual. Se procede a embolización selectiva de rama lingual controlando los episodios de sangrado. Caso clínico 2. Varón de 69 años que acude a urgencias por epistaxis de origen traumático en estado de intoxicación etílica. En TAC de cráneo se aprecia fractura de huesos propios nasales y senos maxilares. Se realiza taponamiento anterior y posterior por ORL. Ante la persistencia de sangrado se decide solicitar angioTAC y realizar arteriografía en las que no se evidencia fuga de contraste. A pesar de ello se decide proceder a embolizar la arteria esfenopalatina derecha con control a posteriori del sangrado.

MATERIAL Y MÉTODO:

Presentamos nuestra experiencia con el tratamiento endovascular de la hemorragia de región ORL con dos casos clínicos tratados recientemente en nuestro centro resueltos de forma exitosa.

COMENTARIOS:

El tratamiento endovascular con embolización transarterial constituye hoy día una alternativa terapéutica segura y eficaz para el manejo de sangrados de región ORL.

PO-08.- TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LA AORTITIS POR SALMONELLA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Baturone Blanco, Adriana. Martínez López, Isaac. Cabrero Fernández, Maday. Cernuda Artero, Iñaki y Serrano Hernando, Francisco Javier.

Centro: H. U. Clínico San Carlos. Madrid.

INTRODUCCIÓN:

La aortitis por Salmonella asocia una importante morbimortalidad. Afecta a la aorta torácica en aproximadamente el 20% de los casos y su tratamiento de elección es la antibioterapia y la cirugía abierta, siendo la terapia endovascular una alternativa quirúrgica de menor riesgo.

CASO CLÍNICO:

Varón de 77 años hipertenso, con flutter auricular y aneurisma de aorta abdominal de 40mm seguido en otro centro. Acude a urgencias de su hospital de referencia por fiebre y malestar general de 36h de evolución, con diarrea y vómitos 15 días antes. Sufre empeoramiento progresivo con inestabilidad hemodinámica y desorientación requiriendo ingreso en UCI. El angioTAC muestra 3 úlceras penetrantes de 44mm de diámetro máximo en aorta torácica. Se decide manejo conservador con ceftriaxona para Salmonella enteritidis aislada en los hemocultivos extraídos al ingreso. El PET-TAC evidencia captación patológica en aorta torácica. A pesar de mantenerse afebril, sin alteraciones analíticas y asintomático, ante el aumento progresivo del diámetro de las úlceras en angioTACs de control, se traslada a nuestro centro donde se implantan dos endoprótesis CTAG (GORE©) con anclaje proximal distal a subclavia izquierda y distal proximal a tronco celiaco, sin complicaciones intraoperatorias. Fue dado de alta con cefditoreno vía oral pendiente de completar 6 meses.

MATERIAL Y MÉTODO:

Actualmente a 2 meses de seguimiento, persiste afebril, sin alteraciones analíticas y angioTAC sin complicaciones, con buena evolución de las lesiones aórticas.

COMENTARIOS:

El tratamiento endovascular en combinación con la antibioterapia prolongada, supone una alternativa para el tratamiento de la aortitis por Salmonella en casos de alto riesgo para cirugía abierta.

PO-09.- PRÓTESIS BIOSINTÉTICAS: UNA NUEVA HERRAMIENTA EN EL TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN PROTÉSICA VASCULAR.

Autores: Lozano Ruiz, Cristina, Morales Olmos, María José, Cambroner Aroca, Mercedes, Fernández González, Soraya y Landaluce Chaves, Martín

Centro: Complejo Hospitalario U. Albacete.

OBJETIVO:

Las infecciones protésicas generan una elevada morbi-mortalidad. El tratamiento actual aceptado se basa en el explante y la reconstrucción vascular autóloga. Evaluamos los resultados tempranos después del reemplazo por prótesis de colágeno biosintético (Omniflow II®) en ausencia de un injerto venoso autólogo.

MATERIAL Y MÉTODO:

Entre enero de 2015 y noviembre de 2016 se remplazaron en 5 pacientes injertos protésicos infectados por prótesis biosintéticas. Se analizó duración de estancia hospitalaria, mortalidad, salvamento de extremidad, permeabilidad del injerto y reinfección. Todos varones con edad media de 65 (rango 35-82) años. 3 pacientes presentaban injertos protésicos inguinales, 1 paciente un injerto axilar y 1 paciente un injerto humeral. 2 debido a infecciones tempranas (<3 meses después de la implantación) y 3 infecciones tardías (>3 meses después de la implantación). Todos los injertos infectados fueron explantados quirúrgicamente y reemplazados por injertos Omniflow II®. En todos los casos, se desestimó el injerto autólogo. La cirugía se realizó con éxito en los 5 pacientes sin complicaciones intraoperatorias.

RESULTADOS:

La mediana de estancia fue de 39 (rango 9-180) días. El seguimiento medio fue de 9,6 (rango 2-24) meses, período durante el cual los pacientes permanecieron libres de enfermedad. Observamos una reinfección de injerto >3 meses en un paciente (realizándose explante de injerto Omniflow II®). En el resto no hubo reinfección, oclusión, degeneración o ruptura de la prótesis Omniflow II®. No hubo amputaciones mayores.

CONCLUSIONES:

En ausencia de material autólogo adecuado, las prótesis biosintéticas podrían ser una alternativa para reemplazar los injertos infectados con una baja tasa de reinfección y oclusión.

PO-10.- TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DEL SÍNDROME DE MAY-THURNER.

Autores: Robles Martín, María Luisa. Reyes Ortega, Juan Pedro. Alonso Argüeso, Gonzalo. Novo Martínez, Gloria María y Rodríguez Morata, Alejandro.

Centro: H. Quirónsalud. Málaga.

OBJETIVO:

La estenosis de la vena iliaca común izquierda provocada por el síndrome de May-Thurner, puede encontrarse en aproximadamente un 24% de la población, sin síntomas de insuficiencia venosa crónica. El diagnóstico de esta patología tras una trombosis venosa iliofemoral, es más sencillo, puesto que es su causa en más del 80% de las ocasiones. Nuestro objetivo es identificar a estos pacientes antes de las complicaciones potenciales.

MATERIAL Y MÉTODO:

Revisamos retrospectivamente los casos de stenting venoso iliaco realizados en nuestro servicio (2016-2017). Tratamos 6 mujeres, entre 29 y 43 años. Todas presentaban dolor y edema en extremidad inferior izquierda, y dos además referían claudicación venosa, así como síntomas de insuficiencia venosa pélvica. Cinco casos fueron diagnosticados sin complicaciones aún, mediante datos clínicos, ecografía doppler, TAC y flebografía multiplanar. El sexto fue de origen posttrombótico, de 30 años de evolución, con edema crónico de la extremidad.

RESULTADOS:

En todos los casos el éxito técnico fue completo, con implantes de stents Sinus Venous (Grifols) y Venovo (Bard), con calibres entre 14 y 20 mm. Dos casos asociaron varices pélvicas que fueron embolizadas. Todos permanecen permeables en la actualidad. Los datos clínicos de mejoría han sido totales en 4 pacientes, 1 permaneció con dolor pélvico e inguinal por una neuropatía ilioinguinal y el caso posttrombótico mejoró solo parcialmente.

CONCLUSIONES:

Creemos que la clave del tratamiento en esta patología está en anticiparse a las complicaciones tromboticas, y que los pacientes sintomáticos y con un diagnóstico flebográfico de SMT pueden ser tratados de forma sencilla y segura mediante stenting.

PO-11.- SÍNDROME DE ISQUEMIA-REPERFUSIÓN INTESTINAL SECUNDARIO AL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ARTERIAS VISCERALES. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Robles Martín, María Luisa. Reyes Ortega, Juan Pedro. Alonso Argüeso, Gonzalo. Novo Martínez, Gloria María y Rodríguez Morata, Alejandro.

Centro: H. Quirónsalud. Málaga

INTRODUCCIÓN:

La isquemia-reperfusión es un proceso patológico complejo que se produce a nivel celular y extracelular. Los cambios bioquímicos y moleculares establecidos durante la isquemia pueden predisponer a un daño mediado por radicales libres al producirse una situación de hiperflujo.

CASO CLÍNICO:

Mujer de 68 años, con antecedente de hipertensión arterial, dislipemia y cardiopatía isquémica revascularizada. Presenta dolor abdominal y pérdida ponderal diagnosticándose una colitis isquémica segmentaria secundaria a enfermedad arterioesclerótica visceral (estenosis crítica de arteria mesentérica superior y tronco celíaco) tratada mediante stent en mesentérica superior hace cuatro años. Mejoría clínica parcial acompañada de ganancia de peso produciéndose un empeoramiento progresivo en los últimos años hasta presentar dolor postprandial intenso asociado a caquexia confirmándose oclusión del stent.

MATERIAL Y MÉTODO:

Conseguimos recanalizar ambas arterias ayudados por el Aptus Torguide de 7F. Predilatamos de forma progresiva el tronco celíaco colocando un stent, y tratamos mediante angioplastia con balón farmacoactivo intrastent la mesentérica superior. A las 48h comenzó gradualmente con dolor y distensión abdominal, disnea y oligoanuria. Se realiza AngioTC destacando la presencia de realce mucoso gástrico y de asas intestinales de forma difusa, líquido libre intraabdominal, así como derrame pleural bilateral en probable relación con un síndrome de hiperperfusión tras la revascularización. El cuadro mejoró con cuidados en UCI, con alta a las dos semanas.

COMENTARIOS:

La severidad del fenómeno de reperfusión es muy variable dependiendo de múltiples factores. La respuesta que presento nuestra paciente secundaria a la hiperperfusión es infrecuente, estando poco descrita en este contexto ya que es bastante excepcional la revascularización de ambos vasos.

PO-12.- TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMAS Y PSEUDOANEURISMA DE LA ARTERIA RENAL, MEDIANTE EMBOLIZACIÓN SELECTIVA: REPORTE DE 3 CASOS.

Autores: Castillo Martínez, Ester. Moreno Reina, Ana. Gómez Pizarro, Lara. Núñez de Arenas-Baeza, Guillermo y García León, Andrés

Centro: H. U. Virgen de Valme. Sevilla.

INTRODUCCIÓN:

Los aneurismas y pseudoaneurismas de arteria renal son raros, con una incidencia estimada de 0.1% en la población general y representan aproximadamente el 25% de todos los aneurismas viscerales. El estándar de oro en cuanto al tratamiento es la cirugía abierta, asociándose con un alto riesgo de nefrectomía, mortalidad y morbilidad. La embolización de la arteria renal o sus ramas es un procedimiento alternativo para el tratamiento de aneurismas de esta.

CASO CLÍNICO:

Se evaluaron 3 pacientes que se sometieron a embolización selectiva de ramas segmentarias de la arteria renal, utilizando colis de liberación controlada. 2 eran mujeres con edades de 57 y 78 años y 1 hombre de 44 años. Los diagnósticos clínicos y radiológicos referidos para la embolización de la arteria renal fueron, 2 aneurismas de la arteria renal anterior, ambos saculares, uno con diámetro máximo de 1.9 cm, monoreno funcional y que presentaba como síntoma dolor lumbar, el otro con diámetro máximo de 3 cm y 1 pseudoaneurisma iatrogénico de la arteria segmentaria inferior, tras sesión de litotricia.

MATERIAL Y MÉTODO:

Después de la angiografía renal selectiva e identificación de la arteria afecta, se procedió al implante de varios colis de liberación controlada a través de microcatéteres, en todos los casos. Posteriormente se analizaron los cambios en la sintomatología, pruebas de función renal y controles radiológicos mediante TC.

COMENTARIOS:

La embolización renal es un tratamiento seguro, efectivo y mínimamente invasivo para el tratamiento de esta patología con una morbilidad mejorada, asociada en parte a la introducción de agentes embólicos y catéteres más precisos.

PO-13.- AAA ATEROSCLERÓTICO-INFLAMATORIO DE CRECIMIENTO RÁPIDO

Autores: Manosalbas Rubio, Isabel M^a; Doíz Artazcoz, Esther; Ruales Romero, Ana Margarita; García Blanco, Victoria Eugenia y Rodríguez Piñero, Manuel.

Centro: H. U. Puerta del Mar. Cádiz.

INTRODUCCIÓN:

Los aneurismas inflamatorios son una entidad que difiere en varios aspectos al resto de aneurismas no específicos, debido a una respuesta inflamatoria local periaórtica exagerada con intensa fibrosis perianeurismática, por lo que desde el punto de vista clínico, diagnóstico, histopatológico y de tratamiento, ha de manejarse de forma distinta.

CASO CLÍNICO:

Varón de 69 años, hipertenso, diabético y con EPOC que es diagnosticado de Fiebre Q y al que en ese momento se le realizó una Angio-TC que fue normal. En la Angio-TC de control al año, se encuentran dilataciones saculares múltiples en aorta abdominal infrarrenal con juicio clínico de AAA micótico, por lo que es tratado mediante cirugía abierta con un postoperatorio complicado por shock hipovolémico debido a sangrado activo en cara posterior de aorta que se resolvió. Tras el estudio anatomopatológico de la pared aórtica y los controles analíticos de anticuerpos frente a *Coxiella burnetti*, se desecha el origen micótico diagnosticándose al paciente de AAA aterosclerótico-inflamatorio de crecimiento rápido.

Comentarios:

- Se dan en pacientes con menor edad que los de origen aterosclerótico. - Presentan menor riesgo de ruptura pero con igual o mayor mortalidad tras la misma. - Los corticoides no disminuyen la inflamación local y pueden aumentar el riesgo de ruptura quirúrgica. - Alta morbilidad al influir sobre estructuras vecinas.

PO-14.- NECROSIS EPIDÉRMICA POR OCLUSIÓN TROMBÓTICA DE LA ARTERIA FEMORAL PROFUNDA COMO COMPLICACIÓN RARA TRAS UNA RECONSTRUCCIÓN COMPLEJA FEMORAL Y DEGENERACIÓN ANEURISMÁTICA DE UN BYPASS AUTÓLOGO.

Autores: Vargas Gómez, Carolina. Scholz, Lothar. Kilic , Metin. Savvidis, Savvas y Neufang, Achim

Centro: Hospital Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken. Wiesbaden. (Alemania)

INTRODUCCIÓN:

La degeneración aneurismática del injerto protésico aortobifemoral es una complicación conocida que puede conllevar la oclusión trombótica completa de la prótesis o la infección de ésta. En cambio la degeneración aneurismática de un bypass autólogo es una complicación infrecuente.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 67 años que ingresa a través de urgencias con fiebre, leucocitosis y niveles altos de PCR. En la exploración clínica presenta un principio de necrosis tisular en la cara interna de la pierna con fuertes dolores inguinales. En la historia previa destaca la implantación de un injerto protésico aortobifemoral y un bypass autologo femoropopliteal, con varias reintervenciones en la A. femoral izquierda.

MATERIAL Y MÉTODO:

En la TAC se diagnosticó una degeneración aneurismática de la anastomosis femoral y del bypass autólogo, tras ocho años todavía permeable, con una oclusión trombótica de la Arteria femoral profunda, que provoco una isquemia tisular del muslo. Se efectuó la resección completa del tejido aneurismático y el reemplazo de la rama izquierda de la prótesis con vena femoral superficial con anastomosis en la arteria femoral profunda. Para restablecer el flujo periférico se realizó un bypass femorocrural con Omniflow y vena safena interna a la arteria peronea. Tras la revascularización desapareció el dolor por completo y las lesiones isquémicas del muslo curaron.

COMENTARIOS:

En reconstrucciones complejas la degeneración aneurismática del bypass autólogo puede conllevar una oclusión trombótica de la Arteria femoral profunda con una isquemia de los tejidos concomitantes poco frecuente. El uso de material autólogo y de bioprótesis permite la revascularización completa con buenos resultados a largo plazo.

PO-15.- FÍSTULA AORTOENTÉRICA SECUNDARIA.

Autores: Muñoz Chimbo AV, Castillo Martínez EM, Moreno Reina A, Moreno Machuca FJ y García León A

Centro: H. U. Virgen de Valme. Sevilla.

INTRODUCCIÓN:

La fístula aortoentérica secundaria a prótesis vascular (incidencia del 0,3-5,9%), supone un reto diagnóstico-terapéutico ya que puede presentarse con una clínica larvada y lleva asociada una alta tasa de morbimortalidad.

CASO CLÍNICO:

Varón de 73 años, exfumador. Hace 11 años se realizó Bypass aortobifemoral por isquemia crónica de MMII, y hace tres, hemicolectomía derecha por úlcera cecal secundaria a proceso inflamatorio crónico (decúbito de prótesis vascular). Acude a urgencias síndrome constitucional posterior a un cuadro de gastroenteritis autolimitado. Al examen físico se objetiva pulsos femorales expansivos. Se realiza AngioTC objetivándose colección líquida de 2cm adyacente a ambas anastomosis femorales de bypass previo. Mediante punción ecoguiada se obtiene material purulento, enviando muestras a cultivo. En hemocultivos se aísla enterococo faecalis; iniciándose antibioterapia dirigida. Por la sospecha de infección protésica decidimos realizar bypass axilofemoral bilateral (PTFE 8mm), tunelizado lateral a colección inguinal seguido de abordaje abdominal y explante protésico. Se objetiva solución de continuidad de la cuarta porción duodenal y tejido inflamatorio periprotésico correspondiente a fístula aortoparaprotésica-intestinal secundaria. Se procede al cierre directo de aorta y sutura simple intestinal. El paciente presenta un postoperatorio favorable, encontrándose afebril y estable. Todos los cultivos protésicos resultan negativos.

COMENTARIOS:

Factores mecánicos e infecciosos pueden ser la causa de esta complicación. Patógenos de baja virulencia (cocos grampositivos, Staphylococcus aureus, estreptococos, enterococos, organismos gramnegativo) por invasión directa o siembra hematógena, generalmente ocasionan infecciones tardías con síntomas ambiguos. El tratamiento se basa en antibioticoterapia, revascularización, explante protésico y reparación de la fistula.

PO-16.- RECONSTRUCCIÓN DE LA AORTA ABDOMINAL CON VENA FEMORAL SUPERFICIAL EN UN ANEURISMA SACULAR INFRARRENAL EN PACIENTE CON SÍNDROME DE BEHCET

Autores: Vargas Gómez, Carolina. Kilic, Metin. Scholz, Lothar. Savvidis, Savvas y Neufang, Achim.

Centro: Hospital Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken. Wiesbaden. (Alemania)

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad de Behcet es una vasculitis sistémica de etiología desconocida que produce típicamente úlceras orales y genitales y uveítis recurrente. Tiene una alta prevalencia en Turquía, afecta a adultos jóvenes entre 20 a 40 años y produce trombosis arteriales y venosas y aneurismas infrecuentes de arterias sistémicas y pulmonares

CASO CLÍNICO:

Paciente de 52 años con síndrome de Behcet y un aneurisma de aorta infrarrenal sacular y parcialmente trombosado de 5,5 cm de diámetro. Hallazgo casual tras TAC abdominal por dolor lumbar y control de quistes renales en ambos riñones. Enfermedades previas: hipertensión arterial, trombosis del seno venoso cerebral y tabaquismo 30 paquetes/año.

MATERIAL Y MÉTODO:

Ante la sospecha de una etiología infecciosa resección de la aorta tras clampaje suprarrenal, desbridamiento quirúrgico y reconstrucción de la aorta infrarrenal con vena femoral superficial, extraída de ambas extremidades y reimplantación de la arteria mesentérica inferior en la rama izquierda. Protección de la reconstrucción autóloga con Omento mayor. Microbiología: Corynebacterium y Brevibacterium species. Con antibióticos sistémicos presentó un postoperatorio normal. A los 36 meses la reconstrucción permanece permeable. No se observaron trombosis venosas superficiales ni profundas en la fase postoperatoria, ni en el seguimiento.

COMENTARIOS:

La enfermedad de Behcet es conocida por su propensión a la formación de aneurismas arteriales inusuales en las arterias sistémicas y pulmonares. Un control regular en la fase postoperatoria es importante para detectar de manera precoz la necesidad de una nueva intervención quirúrgica en caso de trombosis o aneurismas anastomóticos, frecuentes en estos pacientes

PO-17.- SÍNDROME DE LA AORTA PEQUEÑA O DE HIPOPLASIA AORTOILÍACA: REPORTE DE UN CASO.

Autores: Galera Martínez MC, Ruales Romero AN, García Blanco VE, Dóiz Artázcoz E y Rodríguez Piñero M.

Centro: H. U. Puerta del Mar, Cádiz

INTRODUCCIÓN:

El síndrome hipoplásico aortoíaco, también denominado síndrome de la aorta pequeña, es una causa infrecuente de arteriopatía periférica no aterosclerótica. Se caracteriza por la presencia de estenosis aortoílica en mujeres relativamente jóvenes de baja estatura, junto a determinados factores de riesgo (hipertensión y tabaquismo). Clínicamente suele manifestarse con claudicación intermitente aunque puede debutar con eventos tromboembólicos agudos y suele asociarse a fenómenos trombóticos en el postoperatorio. El diagnóstico mediante arteriografía o angioTC muestra estrechamiento de aorta infrarrenal e ilíacas, con eje femoropoplíteo relativamente sano. Las opciones terapéuticas son diversas y debe individualizarse cada caso. Presentamos el caso de una mujer con dicho síndrome.

CASO CLÍNICO:

Mujer de 63 años con hipertensión arterial, dislipemia y tabaquismo activo. Además, hipotiroidismo iatrógeno tras E. Graves-Basedow y hemorragia intraparenquimatosa reciente. Acude a urgencias con cianosis distal en extremidades inferiores de un mes de evolución junto a dolor de reposo. En arteriografía de miembros inferiores se observa oclusión de aorta infrarrenal y recanalización en femoral común bilateral por colateralidad desde epigástricas, así como arterias ilíacas de trayecto fino y recto. Fue intervenida mediante bypass aortobifemoral con prótesis de Dacron 14x7mm vía anterior, observándose fino calibre aórtico. Preciso reintervención por sangrado en lecho quirúrgico y requirió trombectomía de la prótesis.

COMENTARIOS:

El síndrome de la aorta pequeña es una rara causa de arteriopatía periférica de base no aterosclerótica que a menudo puede pasar desapercibida. El estudio de su posible asociación a fenómenos protrombóticos podría ser de interés de cara al manejo postoperatorio.

PO-18.- IMPLANTACIÓN EXITOSA DE UNA NEOAORTA DE PERICARDIO BOVINO EN LAS INFECCIONES DEL INJERTO PRÓTESICO: A PROPÓSITO DE TRES CASOS

Autores: Vargas Gómez, Carolina. Kilic, Metin. Scholz, Lothar. Savvidis, Savvas y Neufang, Achim.

Centro: Hospital Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken. Wiesbaden. (Alemania)

OBJETIVO:

Demostrar el uso del pericardio bovino como material válido sólo o en combinación con bioprótesis para la reconstrucción del eje aortoiliacal en las infecciones crónicas del injerto protésico.

MATERIAL Y MÉTODO:

Caso 1: mujer, 66 años, EP Aneurisma de la aorta abdominal e implantación de una prótesis aortobifemoral. Daño intraoperatorio de las venas iliacas. 15 años después infección del injerto y degeneración aneurismática de la anastomosis femoral. Hernia abdominal. Caso 2: mujer, 71 años, EP Bypass aortobifemoral y dos revisiones posteriores con interposición aortoiliaca y daño intraoperatorio de la vena femoral profunda. Ruptura contenida de la anastomosis femoral. Gran hernia abdominal. Caso 3: hombre, 87 años. Ruptura contenida de ambas anastomosis femorales. Reconstrucción de la rama derecha con Omniflow 2. En un segundo acto quirúrgico, explantación del injerto infectado y reconstrucción de la aorta y la rama izquierda con pericardio bovino. Ante la no disponibilidad de la vena femoral superficial, se diseñó una neoaorta con parche de pericardio bovino con la explantación completa del material sintético y la reconstrucción in situ del eje aortoiliacal. De forma paralela se implantó una malla abdominal para reparar la hernia en los dos primeros casos

Resultados:

Microbiología: CNS, propionebacterium acnes y CNS, estéril En los tres casos se consiguió la integración completa de la neoaorta que permanece tras 17, 14 y 10 meses del postoperatorio completamente permeable.

CONCLUSIONES:

El uso del pericardio bovino sólo o en combinación con bioprótesis posibilita la reconstrucción completa del eje aortoiliacal como una buena alternativa al material autólogo, con una excelente aceptación del injerto y con una permeabilidad aceptable.

GALERIA IMÁGENES DE PÓSTER

PO-01

PO-02

PO-03

PO-04

PO-05

PO-06

PO-07

PO-08

PO-09

PO-10

PO-11

PO-12

PO-13

PO-14

PO-15

PO-16

PO-17

PO-18

NOTAS





EMPRESAS COLABORADORAS





ORGANIZA



**UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE ANGIOLOGÍA DE CIRUGÍA VASCULAR
HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR - CADIZ**

SECRETARÍA TÉCNICA



**Melkart
CONGRESOS**

C/ Uruguay, 2 - 11009 CÁDIZ Teléfono: 956 26 36 33 - Fax: 956 26 10 35

E-mail: melkartcongresos@gmail.com - Web: www.melkartcongresos.com

www.sacva.es