

Posters

1º [REF. 84](#)

ANEURISMA DE TRONCO CELÍACO: EXCLUSIÓN ENDOVASCULAR

Autores

Torres Blanco, A., Gómez Palonés, F., Al- Raies Bolaños, B., Sala Almonacil, V., Olmos Sánchez, D., Ortiz Monzón, E.

Hospital Dr. Peset. Valencia

Objetivos

Los aneurismas de tronco celíaco son muy poco frecuentes, con una incidencia estimada del 0,005 al 0,01%, siendo sólo el 3-6 % de todos los aneurismas espláncnicos. La mayoría son hallazgos casuales en pacientes asintomáticos, pero su rotura se asocia con frecuencia al fallecimiento del paciente. El tratamiento quirúrgico convencional presenta una morbimortalidad significativa. La introducción y mejoría de las técnicas endovasculares nos permiten hoy día tener una alternativa de tratamiento menos invasiva.

Material

Paciente varón de 77 años con aneurisma de tronco celíaco de 2,4 cm descubierto como hallazgo casual en TC por clínica de mareos. Antecedentes de HTA, EPOC, tabaquismo y obesidad. El aneurisma se origina aproximadamente a 1 cm del origen del tronco en la aorta y se extiende hasta la bifurcación del mismo.

Metodología

Se realiza la exclusión con endoprótesis desde el origen del tronco celíaco hasta la arteria hepática, excluyendo la esplénica.

Resultados y Conclusiones

El ingreso fue de 3 días. No aparecieron complicaciones. El TC postoperatorio muestra la correcta exclusión sin fugas. El TC de control a los 3 meses confirma los mismos hallazgos. La indicación de tratamiento en estos aneurismas debe ser individualizada y basarse en las condiciones clínicas del paciente y las anatómicas del propio aneurisma. La exclusión con endoprótesis es una alternativa eficaz y menos invasiva que la cirugía convencional y puede plantearse como la primera opción. El tratamiento quirúrgico convencional podría reservarse a los casos con imposibilidad técnica endovascular.

ISQUEMIA AGUDA RENAL, VISCERAL Y DE EXTREMIDADES INFERIORES POR COARTACIÓN AÓRTICA

Autores

González Sánchez, S., Martínez López, I., Rial Horcajo, R., Martín Conejero, A., Hernando Rydings, M., Serrano Hernando, F. J.

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Objetivos

INTRODUCCIÓN •Gran variedad de enfermedades pueden originar una coartación aórtica adquirida, constituyendo un subgrupo importante las lesiones focales intensamente calcificadas. •Las estenosis hemodinámicamente significativas y sintomáticas de la aorta supra-renal son muy infrecuentes. Excepcionalmente, comprometen de forma inmediata la perfusión visceral, renal y de las extremidades inferiores.

Material

CASO CLÍNICO Paciente de 55 años, fumadora, hipertensa. Acude a urgencias con cuadro de síncope, dolor epigástrico, disnea progresiva, anuria e isquemia aguda de miembros inferiores.

Metodología

Tensión arterial 290/110. Saturación de oxígeno del 69%. Exploración: frialdad, plejía y ausencia de pulsos en ambas extremidades. ITB: 0.2 bilateral. TC toracoabdominal: placa calcificada en transición de aorta torácica y abdominal condicionando estenosis del 90%; cardiomegalia. Analítica: creatinina 1.82, troponina 0.77. Arteriografía: confirmación de estenosis crítica de aorta torácica. Tratamiento: implantación de Wallstent de 16 x 40 mm con estenosis residual moderada; gradiente de 15 mmHg.

Resultados y Conclusiones

Evolución: revascularización inmediata de miembros inferiores, normalización de tensión arterial y diuresis, así como parámetros analíticos (creatinina normal a las 24 horas). Al alta, asintomática, pulsos a todos los niveles, IMB e ITB 0.9 bilateral. TC control: stent permeable, estenosis residual moderada. **COMENTARIOS** •El tratamiento endovascular de una coartación aórtica adquirida sintomática puede ser la primera opción en pacientes con isquemia aguda visceral, renal y de extremidades inferiores. •En lesiones aórticas complejas el tratamiento endovascular puede ofrecer una evolución clínica satisfactoria pese a que el resultado arteriográfico sea subóptimo.

UTILIDAD DE LA ECO-ENDOSCOPIA PARA EL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LA PATOLOGÍA DE LAS ARTERIAS VISCERALES

Autores

Fernández Noya, J.* , Villaverde Rodríguez, J.* , Martínez Pérez, M.* , Serramito Veiga, I.* , Iglesias García, J.**

*Hospital Clínico Universitario (S. de Angiología y Cirugía Vascular) , **Hospital Clínico Universitario (S. de Aparato Digestivo).Santiago de Compostela

Objetivos

Presentar un caso de un pseudoaneurisma de arteria mesentérica superior resuelto satisfactoriamente mediante técnicas endovasculares con la ayuda de la eco-endoscopia realizada intraoperatoriamente.

Material

Paciente varón de 44 años, que presentaba un pseudoaneurisma de arteria mesentérica superior con un diámetro máximo de 4.4 cm tras pancreatitis crónica. Como antecedentes más importantes destacan, la hipertensión arterial, la cirrosis hepática, la hipertensión portal, la ascitis y la esplenomegalia.

Metodología

Se realiza exclusión del pseudoaneurisma mediante la implantación de dos endoprótesis tipo viabahn de 5*25 mm y 6*25 mm, comprobándose con arteriografía intraoperatoria buen resultado morfológico. En el AngioTc de control se observa crecimiento del pseudoaneurisma hasta 7.7 cm sin observarse fuga en la arteriografía diagnóstica que sí se localiza mediante eco-endoscopia. Se implanta una nueva prótesis, viabahn de 7*50 mm, a nivel proximal comprobándose la no existencia de fuga mediante eco-endoscopia intraoperatoria. En AngioTC a los tres meses se observa disminución del tamaño del pseudoaneurisma hasta 5 cm y trombosis del pseudaneurisma.

Resultados y Conclusiones

En determinadas ocasiones no conseguimos una correcta visualización mediante el empleo de la arteriografía tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de determinadas patologías, por esto el uso de otras técnicas como la eco-endoscopia pueden resultar de gran ayuda, como en el caso que presentamos.

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE UN PSEUDOANEURISMA DE CARÓTIDA INTERNA DISTAL POSTRAUMÁTICO.

Autores

Constenla Garcia, I., Alvarez García, B., Allegue Allegue, N., Mestres Alomar, G., Aloy Ortiz, C., Matas Docampo, M.

Hospital Universitario Vall de Hebrón. Barcelona

Objetivos

Presentar paciente con pseudoaneurisma de arteria carótida interna distal tras herida de arma blanca. Tratamiento endovascular.

Material

Paciente de 25 años, sin antecedentes médicos de interés, acude a urgencias tras agresión con arma blanca en región cervical izquierda. Paciente hemodinamicamente estable y hematoma a nivel cervical. En angioTC se aprecia hematoma submaxilar y pericarotídeo izquierdo, sin imágenes de sangrado ni pseudoaneurismas. En AngioTC de control (24h) se observó pequeño pseudoaneurisma en arteria carótida interna distal izquierda y en el control posterior (6 días) se observó progresión de la lesión con imagen de pseudoaneurisma bilobulado.

Metodología

Se realizó arteriografía, que confirmó la lesión, y se decidió colocar, bajo anestesia local, un stent cubierto Atrium V12 5x22 mm en carótida interna distal izquierda por vía transcervical y flujo invertido. En la arteriografía de comprobación se apreció dificultad en el drenaje del contraste, y con la ayuda del IVUS se objetivó una disección retrógrada en carótida interna proximal. Se decidió colocar un stent Acculink 6-8(40) en carótida interna proximal. Tras la intervención se introdujo doble antiagregación con AAS y clopidogrel.

Resultados y Conclusiones

La arteriografía peroperatoria mostró una correcta exclusión del pseudoaneurisma con correcta permeabilidad de la arteria carótida interna distal y corrección de la disección proximal. El angioTC a los 4 meses postintervención muestra una correcta permeabilidad de los stents. El tratamiento endovascular es una buena opción para lesiones de arteria carótida interna distal, donde el acceso quirúrgico es difícil. El IVUS resulta útil durante los procedimientos sobre territorio carotídeo.

EMBOLIZACIÓN ANTERÓGRADA Y RETRÓGRADA (VÍA ARTERIA PERONEA) DE PSEUDOANEURISMA CON FÍSTULA ARTERIOVENOSA DE ARTERIA TIBIAL POSTERIOR EN PACIENTE CON SÍNDROME DE EHLER DANLOS

Autores

Gutiérrez Baz, M., Criado Galán, F., Hernández Cabrero, T., Cancer Pérez, S., De Benito Fernández, L., Puras Mallagray, E.

Hospital Universitario Fundación Alcorcón

Objetivos

El síndrome de Ehler Danlos (SED) es una enfermedad hereditaria del tejido conectivo secundaria a una síntesis anormal del colágeno. Las complicaciones vasculares incluyen los aneurismas y las perforaciones arteriales. Dada la extrema fragilidad tisular, la cirugía abierta se asocia con alta morbimortalidad operatoria.

Material

Mujer de 31 años diagnosticada de SED, que presenta masa pulsátil de 5cms en cara medial de pierna izquierda de tres días de evolución sin traumatismo previo. Duplex: pseudoaneurisma de arteria tibial posterior (ATP) con fístula arteriovenosa (FAV) de alto débito asociada.

Metodología

Mediante disección de la arteria femoral superficial, evitando punción percutánea, se canaliza la ATP. Al no poder progresar distalmente al pseudoaneurisma/FAV se emboliza primero la ATP distal de forma retrógrada con microcoils, a través de su conexión perimaleolar con la arteria peronea. Posteriormente se emboliza anterógradamente tanto el pseudoaneurisma como la ATP proximal. Control ecográfico 1-3-12 y 18 meses: trombosis del pseudoaneurisma y sellado de la FAV.

Resultados y Conclusiones

El tratamiento endovascular es la técnica de elección de las complicaciones vasculares del SED. La discordancia de calibre entre la ATP pre y post FAV desestimó la posibilidad del implante de una endoprótesis recubierta. La embolización de la ATP distal pudo realizarse de forma satisfactoria mediante su abordaje retrógrado a través de la arteria peronea. Revisando la literatura médica no hay un pseudoaneurisma asociado a una FAV de la ATP tratado de este modo.

REPARACIÓN ENDOVASCULAR DE FÍSTULA AORTO-CAVA E ILIO-ILIACA. PRESENTACIÓN DE CUATRO CASOS Y REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA.

Autores

Fernández Caballero, D., Fernández Heredero, A., Mendieta Azcona, C., Stefanov Kiuri, S., Fernández Alonso, S., Riera de Cubas, L.

Hospital Universitario La Paz. Madrid

Objetivos

Las fístulas arterio-venosas (FAV) abdominales mayores (aorto-cava e ilio-iliaca) se presentan como una rara complicación de la rotura espontánea de los aneurismas de aorta abdominal (AAA). También aparecen en el contexto de lesiones penetrantes abdominales (lesiones por arma blanca y iatrogenia). Los objetivos de este estudio pretenden mostrar nuestra experiencia y revisar la literatura para evaluar la eficacia del tratamiento endovascular en las FAV abdominales.

Material

Cuatro casos clínicos divididos en: dos pacientes con AAA sintomático, formando FAV visualizada en la angio-tomografía computarizada (angio-TC). Y otros dos pacientes jóvenes con FAV mayor, comprobada por angio-TC y arteriografía, como resultado de lesión abdominal por arma blanca. Todos los pacientes se presentaron con soplo, thrill y edema de una o las dos extremidades inferiores. Un paciente presentó signos de insuficiencia cardíaca.

Metodología

En todos los casos se opta por el tratamiento endoluminal para la exclusión de la FAV mayor. Se emplearon: endoprótesis aorto-monoiliaca y bypass fémoro-femoral en el paciente con aneurisma aorto-iliaco y endoprótesis bifurcada en el aneurisma aórtico puro. En los casos de fistula ilio-iliaca se utilizaron stent recubiertos. Revisamos la literatura con más de 180 casos de FAV abdominales.

Resultados y Conclusiones

El éxito técnico primario fue del 100%. La media de seguimiento fue de 10 meses con una supervivencia del 100%. El tratamiento endovascular ha demostrado ser un procedimiento seguro y eficaz para la corrección de las FAV abdominales, basado en nuestra propia experiencia y en la bibliografía consultada.

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DEL SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR: NUESTRA EXPERIENCIA CLÍNICA EN LA ÚLTIMA DÉCADA

Autores

Merino Díaz, B., González Fajardo, J. A., Gutiérrez Alonso, V., Brizuela Sanz, J. A., Mengíbar Fuentes, L., Vaquero Puerta, C.

Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Objetivos

El síndrome de vena cava superior (SVCS) está causado por una dificultad del retorno venoso debido fundamentalmente a patología tumoral maligna, siendo menos frecuente la etiología benigna (marcapasos, catéteres permanentes...). Revisamos nuestra experiencia en el tratamiento endovascular de este síndrome y su manejo terapéutico

Material

13 pacientes con SVCS, 10 (77%) de los cuáles eran hombres y 3 (23%) mujeres, con edad media de 63,45 años.

Metodología

Entre 1998 y 2008 se realizaron 13 procedimientos endovasculares (PTA y Stent autoexpandible). La etiología fue en 6 casos de carcinoma de pulmón (46,2%), 1 caso de carcinoma de esófago (7,6%), 3 de metástasis en mediastino (23,1%) y otros 3 con presencia de vía central para tratamiento con quimioterapia (23,1%).

Resultados y Conclusiones

El procedimiento endovascular fue óptimo en 12 casos, produciéndose migración del stent en 1 caso. El abordaje fue femoral en 10 casos (77%) y braquial en 3 (23%). 11 pacientes (84,6%) fueron intervenidos con anestesia local y 2 (15,4%) con general por sus problemas sistémicos. Ningún paciente murió en relación con la intervención. La mejoría clínica fue inmediata. 2 recurrencias (15,4%) fueron observadas y tratadas con angioplastia. Durante el seguimiento a los 10 años, 7 pacientes fallecieron como consecuencia de la progresión de su enfermedad. Conclusiones: El tratamiento endovascular del SVCS es un procedimiento eficaz y seguro, que proporciona una rápida mejoría en la calidad de vida del paciente y en los síntomas compresivos. El régimen de anticoagulación óptimo debe ser definido

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE PSEUDOANEURISMA DE AORTA TORÁCICA TRAS CIRUGÍA AÓRTICA POR COARTACIÓN

Autores

Carrasco De Andrés, D., Navarro Muñoz, E., Asensio García, R., Salmerón Febres, L. M., Linares Palomino, J. P., Ros Díe, E.

Hospital Universitario San Cecilio, Granada

Objetivos

Presentar 3 casos de pseudoaneurisma aórtico tratados mediante técnica endovascular.

Material

Paciente 1: Varón 45 años EPOC e intervenido hace 15 de coartación aórtica (aortoplastia con parche de Dacron). Presenta dolor centrotorácico súbito, disnea y síncope; en angio-TAC, rotura de aorta torácica a nivel del istmo con hemotórax izquierdo. Paciente 2: Varón 35 años HTA, con hallazgo casual de dilatación aneurismática en aorta torácica y reestenosis tras resección y anastomosis término-terminal por coartación aórtica hace 33 años. Paciente 3: Varón 58 años HTA, intervenido de coartación aórtica (by-pass aorto-aórtico de Dacron) hace 37 años y con sustitución valvular aórtica hace 6. Presenta hematemesis masiva; en EDA ulceración en esófago a 22cm de arcada dentaria y en angio-TAC, pseudoaneurisma aórtico de anastomosis distal en contacto con esófago.

Metodología

En los tres casos se realiza exclusión del pseudoaneurisma aórtico con endoprótesis torácica tipo Valiant. En los pacientes 2 y 3 es necesario cubrir subclavia izda. En el paciente 2 se realiza angioplastia con balón de la reestenosis.

Resultados y Conclusiones

Éxito técnico en todos los casos. En los pacientes 1 y 2 no se detectan endofugas. El paciente 3, a las 3 semanas de la intervención, presenta nueva hematemesis por endofuga tipo II desde subclavia izquierda, resuelta mediante embolización con coils. El pseudoaneurisma aórtico supone una complicación grave, tardía y no infrecuente de la cirugía aórtica por coartación. El tratamiento endovascular es menos agresivo, técnicamente más sencillo y ofrece menor morbimortalidad que la cirugía convencional.

TRATAMIENTO HÍBRIDO DE UN ANEURISMA TÓRACO-ABDOMINAL CON REVASCULARIZACIÓN DE TSA Y VISCERALES DESDE AORTA ASCENDENTE.

Autores

Rubio Montaña, M.* , Aracil Sanus, E.** , García Prieto Bayarri, M. V.** , Chinchilla Molina, A. R.** , Pinto Corraliza, J. M.** , Cuesta Gimeno, C.**

*Hospital Universitario Ramón y Cajal, **Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Objetivos

La reparación de los aneurismas tóraco-abdominales (AATA) continúa teniendo altas cifras de morbi-mortalidad. Distintos procedimientos se han descritos combinando el tratamiento endovascular de la aorta y la revascularización de viscerales mediante by-passes. Presentamos el caso de una técnica híbrida con revascularización simultánea de troncos supraaórticos y arterias viscerales desde la aorta ascendente.

Material

Varón de 57 años en seguimiento por AATA tipo II de Crawford secundario a una disección crónica tipo III de De Bakey. Se decidió tratamiento por el rápido crecimiento de la aorta torácica.

Metodología

La angiogramografía mostraba una disección de aorta torácica y abdominal infrarrenal. El tronco celiaco (TC) y la arteria renal derecha (ARD) procedían de la luz verdadera. La arteria mesentérica superior (AMS) y la arteria renal izquierda (ARI) salían de la falsa luz. En un primer tiempo desde aorta ascendente se revascularizó mediante un by-pass ventral de PTFE 16/8 y tunelizado por el centro frénico a la AMS y TC. Desde el cuerpo de este injerto se realizó un by-pass con PTFE de 8 mm a la arteria carótida común izquierda. Con una nueva prótesis bifurcada 14/7 anastomosada a la anterior prótesis bifurcada se revascularizaron arterias renales con fracaso en la revascularización del riñón derecho. En un segundo tiempo quirúrgico se procedió al tratamiento endovascular completo de la aorta desde arco aórtico a iliacas externas.

Resultados y Conclusiones

En casos seleccionados los procedimientos híbridos pueden realizarse con aceptable morbi-mortalidad. El papel del tratamiento híbrido en los AATA está todavía pendiente de determinar en estudios.

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DEL ANEURISMA AÓRTICO INFRARRENAL CON ANATOMÍA COMPLEJA

Autores

Navarro Muñoz, E., Carrasco De Andrés, D., Asensio García, R., Linares Palomino, J. P., Salmerón Fébres, L. M., Ros Díe, E.

H. U. San Cecilio de Granada

Objetivos

La anatomía desfavorable es una causa importante de indicación de tratamiento quirúrgico convencional en pacientes que, debido a su elevada comorbilidad, podrían beneficiarse de un tratamiento endovascular. El objetivo de esta presentación es mostrar nuestra experiencia en el tratamiento endovascular de aneurismas y pseudoaneurismas aórticos con dificultad anatómica.

Material

Presentamos 8 casos (5 AAA y 3 pseudoaneurismas aórticos). Caso 1: AAA en el que tras colocar endoprótesis bifurcada se reconvierte a aorto-monoiliaca utilizando otra prótesis igual. Caso 2: Pseudoaneurisma aórtico tras Ao-bifemoral con aneurisma iliaco, reparado mediante aorto-monoiliaca y Branch a hipogástrica. Caso 3: AAA con doble curva aórtica e iliaca reparado con endoprótesis aorto-monoiliaca. Caso 4: AAA y biliaco común resuelto con Ao-monoiliaco y embolización de los aneurismas. Caso 5 Y 6: AAA en pacientes con patología iliaca que precisan by-pass ilio-femoral previo a la colocación de la endoprótesis. Casos 7 y 8: Pseudoaneurismas aórticos tras cirugía aórtica convencional resueltos con endoprótesis bifurcada.

Metodología

En todos los casos se ha realizado tratamiento endovascular. El seguimiento se ha realizado con eco-doppler, Rx y angio-TAC.

Resultados y Conclusiones

RESULTADOS: Éxito técnico en todos los casos. El seguimiento oscila entre 6 meses y 3 años. Dos de los pacientes han presentado endofuga tipo II sin crecimiento del saco. **CONCLUSIONES:** La anatomía desfavorable no debe ser un factor excluyente de cirugía endovascular. Con un buen planteamiento preoperatorio se podrían seleccionar aquellos pacientes en los que, pese a las aparentes limitaciones técnicas, la corrección endovascular sea el tratamiento de elección.

CIRUGÍA ENDOVASCULAR VS CIRUGÍA ABIERTA DE LOS ANEURISMAS DE AORTA ABDOMINAL INFRARRENALES INFLAMATORIOS (AAAI).

Autores

Aloy Ortiz, C., Fernández Valenzuela, V., Allegue Allegue, N., Yugueros Castellnou, X., Maeso Lebrun, J., Matas Docampo, M.

Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona

Objetivos

Los AAAI son poco frecuentes y su cirugía asocia elevada morbimortalidad. La cirugía endovascular (CE) es una alternativa a la cirugía abierta (CA), sus resultados a largo plazo están por determinar. El objetivo del estudio es analizar nuestros resultados con ambas técnicas.

Material

Entre 1/1/1995 y 1/3/2009 intervinimos 475 aneurismas aórticos abdominales, 15 inflamatorios (3%). 5 (33.33%) mediante CE y 10 (66.67%) CA.

Metodología

Realizamos estudio retrospectivo evaluando clínica, hidronefrosis, fibrosis periaórtica, morbimortalidad y seguimiento (clínico y TAC) a 12 meses.

Resultados y Conclusiones

El grupo de CE son varones, edad media 69.6 años, 60% sintomáticos, 60% asocian hidronefrosis. El grupo de CA son varones, edad media 63.3 años, 70% sintomáticos (20% debutaron con IRA), 50% asocian hidronefrosis. Tanto en CE como CA mortalidad a < 30 días del 0 %, morbilidad peroperatoria en CA del 30% (2 IRA y 1 lesión duodenal) y en CE del 0%. En el seguimiento observamos resolución de hidronefrosis en CA en el 80 %, con mejoría de la creatinina (mediana preoperatoria 2.5 mg/dL, postoperatoria 1.26 mg/dL), y disminución de fibrosis en el 100%. En CE persiste hidronefrosis en todos los casos, con mejoría de la creatinina (mediana preoperatoria 1.6 mg/dL, postoperatoria 1.3 mg/dL), disminución parcial de fibrosis en el 60%, sin cambios 20%, aumento 20%. La CE ofrece buenos resultados en morbimortalidad a corto y medio plazo con peores resultados en resolución de hidronefrosis y fibrosis, por lo que necesitamos estudios con más seguimiento.

ENDOPRÓTESIS TIPO “BRANCH” EN ANEURISMAS AORTO-ILIACOS: PRESENTACIÓN DE TRES CASOS

Autores

Santamarta Farina, E., Martínez Aguilar, E., Fernández Alonso, L., Urtasun Grijalba, F*, Jiménez Arribas, J. M., Aranzadi Menéndez, C.

Hospital de Navarra* Sº de Radiología Vascular

Objetivos

Presentar nuestra experiencia inicial en el tratamiento de aneurismas aorto-iliacos o bi-iliacos con endoprótesis Zenith® “branch” (Cook Inc, Bloomington, Ind.); las cuales van a permitir preservar la permeabilidad de la arteria hipogástrica.

Material

Tres varones, de alto riesgo quirúrgico, con una edad media de 75.7 años. Uno de ellos presentaba un aneurisma aorto-iliaco y dos eran portadores de aneurismas bi-iliacos.

Metodología

Fueron tratados con Zenith® bifurcadas y endoprótesis tipo “branch” para una hipogástrica. El diámetro medio de las iliacas primitivas fue 4.3 cm . Los tres casos se realizaron bajo anestesia general, por punción inguinal bilateral y cierre con dispositivo Prostar®.

Resultados y Conclusiones

Los procedimientos transcurriendo sin incidencias intra-operatorias; únicamente señalar el fallo de uno de los cierres percutáneos que precisó cierre quirúrgico y transfusión de hemoderivados. No se registró ninguna muerte ni complicación mayor. Durante el seguimiento a corto plazo (máximo a 6 meses) los pacientes han permanecido clínicamente asintomáticos. En los angio-TAC de control las arterias hipogástricas permanecen permeables. En un paciente se observó al mes una endofuga tipo II por una lumbar sin crecimiento del saco, decidiéndose tratamiento conservador y seguimiento. **CONCLUSIONES:** Las endoprótesis tipo “branch” suponen una alternativa endovascular en el manejo de pacientes con aneurismas aorto-iliacos para mantener el flujo anterógrado en la arteria hipogástrica. Las series hasta el momento son cortas y con seguimientos a corto-medio plazo, pero se perfila como una alternativa alentadora en el manejo de esta patología.

EMBOLIZACIÓN DE UN ANEURISMA EN EL TRONCO COMÚN DE LA ARTERIA BRONQUIAL PRINCIPAL.

Autores

Vallejo Diaz, N., Urbano García, J., Arribas Díaz, A., Cervell Rodríguez, D., Herrero Martínez, E., Del Rio Prego, A.

Fundación Jiménez Díaz. Madrid

Objetivos

Mostrar cómo se excluyó mediante tratamiento endovascular un aneurisma bronquial de 18mm.

Material

Paciente de 62 años con antecedentes médicos de orquiectomía derecha por seminoma de testículo, prostatectomía por adenocarcinoma de próstata y varios episodios de TVP. Sin antecedente pulmonar de interés.

Metodología

Durante una endoscopia digestiva alta realizada por clínica dispéptica se identifica una lesión submucosa en el tercio medio del esófago. Se realiza TAC torácico con contraste y reconstrucción vascular demostrando que la lesión corresponde a un aneurisma de 16-18 mm situado en el tronco de la arteria bronquial. La arteriografía selectiva confirma la existencia de un tronco común para las arterias bronquiales derecha e izquierda en el que se sitúa la lesión. El lecho distal de ambas arterias bronquiales es hipertrófico a pesar de lo cual el paciente nunca ha referido hemoptisis. Se realiza tratamiento en primer lugar con embolización del lecho distal de ambas arterias bronquiales con microesferas calibradas de PVA de 500-700 micras y posterior relleno con embolizante líquido (Onyx 18) del saco aneurismático y todo el tronco de la arteria bronquial principal.

Resultados y Conclusiones

Se consigue la exclusión completa del aneurisma bronquial sin ninguna complicación ni reflujo del material embolizante hacia la aorta torácica. Los aneurismas en la porción mediastínica de arteria bronquial son muy infrecuentes. Su etiología es poco conocida, se ha asociado a enfermedades inflamatorias crónicas, bronquiectasias, agenesia pulmonar y anomalías vasculares. Según varios autores su tratamiento se debe realizar siempre que se confirme su diagnóstico debido al riesgo de sangrado y rotura.

ANEURISMA DISECANTE DE ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR: TRATAMIENTO ENDOVASCULAR CON STENT Y EMBOLIZACIÓN CON COILS DEL SACO ANEURISMÁTICO

Autores

Rubio Montaña, M.* , Gandarias Zúñiga, C.** , Ocaña Guaita, J.** , Bernal Bernal, C.** , Blázquez Sánchez, J.** , Cuesta Gimeno, C.**

*Hospital Universitario Ramon y Cajal, **Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Objetivos

La disección aislada de una arteria visceral es una patología infrecuente y se asocia a disecciones aórticas. Su relevancia se debe a las graves complicaciones. Existen distintas formas de tratamiento: conservadora, endovascular y quirúrgica. Presentamos un tratamiento endovascular con stent y embolización del saco aneurismático con microcolis del cual sólo existe una referencia publicada en el tratamiento de esta patología.

Material

Varón de 55 años anticoagulado por fibrilación auricular, al que se le realiza una angiotomografía por sospecha de patología aneurismática de la aorta torácica. En la angiotomografía se descubrió un aneurisma disecante de la AMS a 2 cm de su origen y de 13 mm longitud y 21mm de diámetro sin trombosis de la falsa luz y con reentrada distal. El paciente no refería antecedente de clínica abdominal aguda u otra condición que pudiera causar su patología.

Metodología

Se realizó una arteriografía selectiva de la AMS vía femoral. A través de un catéter guía de 6F se canalizó la AMS con una guía de 0.14. Se desplegó un stent Astron Pulsar de 7x40 mm en la luz verdadera preservando la colateralidad de la AMS y cubriendo la misma desde su origen. A través del entramado del stent con un microcateter Fast Tracker 325 se rellenó la falsa luz para evitar un mecanismo de reentrada con veinte coils IDC de diferentes longitudes.

Resultados y Conclusiones

El tratamiento endovascular es novedoso en esta patología ya que no existen series ni estudios comparativos entre las técnicas quirúrgicas convencionales y el tratamiento endovascular

CIRUGIA ENDOVASCULAR DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL EN PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS Y REVISION BIBLIOGRÁFICA

Autores

Revilla Calavia, A., San Norberto Garcia, E. M., Gutierrez Alonso, V., Mengibar Fuentes, L., Savador Calvo, R., Vaquero Puerta, C.

Hospital Clinico Universitario Valladolid

Objetivos

La coexistencia de AAA en un paciente trasplantado renal es una situación clínica especial. La cirugía convencional del AAA se asocia a una disección quirúrgica complicada y además conlleva un riesgo de isquemia del injerto durante el tiempo de clampaje. La reparación endovascular de un AAA es menos invasiva y evita este riesgo por el mínimo tiempo de clampaje. Nosotros describimos nuestra experiencia en dos casos y realizamos una revisión bibliográfica de la literatura, discutiendo las opciones técnicas endovasculares más adecuadas en estos casos

Material

. Dos pacientes varones con múltiple comorbilidad, injerto renal pélvico y AAA mayor de 5 cm que fueron sometidos a la reparación endovascular de AAA con endoprotesis bifurcada. La anastomosis de la arteria del injerto renal se encontraba en la arteria iliaca externa en ambos casos. El nivel de creatinina aumentó en el postoperatorio inmediato en unos de los pacientes un 10%, retornando a cifras incluso inferiores a las preoperatorias al alta hospitalaria.

Metodología

En los dos pacientes se consiguió la exclusión endovascular del AAA conservando una función renal estable al alta hospitalaria. No presentaron complicaciones relacionadas con el aneurisma o el injerto renal en el seguimiento a los 12 meses posteriores.

Resultados y Conclusiones

En pacientes portadores de un trasplante renal, la exclusión endovascular de los AAA debería ser considerado el tratamiento de elección, al ser menos invasivo y obtener buenos resultados en cuanto a la exclusión del aneurisma y la función renal postoperatoria.

COMUNICACIONES

(1ª.sesion)

1ª [REF. C98](#)

EMBOLIZACIÓN DE RIÑÓN TRANSPLANTADO: RESULTADOS

Autores

Urbino, G., Llord Pont, C., García León, A., Martínez Cercós, R., Clará Velazco, A., Vidal-Barraquer Mayol, F.

Hospital del Mar. Barcelona

Objetivos

OBJETIVO Algunos pacientes con trasplante renal no funcionando por nefropatía crónica pueden presentar un síndrome de intolerancia al injerto al suspender la medicación inmunosupresora. El tratamiento clásico es la transplantectomía., cirugía no exenta de posibles complicaciones. La embolización del riñón transplantado ha surgido como alternativa al tratamiento quirúrgico. Evaluamos las diferentes técnicas utilizadas para la embolización del injerto renal, analizando resultados y complicaciones asociadas

Material

Diez pacientes (edad media 50 años, sin diferencia entre sexos) con riñón transplantado no funcionando y síndrome de intolerancia al injerto

Metodología

Durante el periodo 2002-9 se realizaron 10 embolizaciones del injerto renal por cateterismo selectivo. Se utilizaron diferentes materiales y procedimientos (Espongostan solo y con coils, micropartículas con coils y solo coils) según la evolución de la tecnología

Resultados y Conclusiones

RESULTADOS Se obtuvo la exclusión del riñón transplantado en el 100% de los casos, sin complicaciones salvo 1 paciente con fiebre y leucocitosis post-procedimiento. La estancia media fue de 2 días. Dos casos requirieron transplantectomía posterior por tumor renal o persistencia de síndrome febril a pesar del correcto resultado técnico de la embolización. **CONCLUSIONES** La embolización endovascular del injerto renal transplantado no funcionando con intolerancia al mismo constituye una alternativa segura y eficaz frente a la transplantectomía, no impidiendo ésta última intervención en caso de precisarse.

EMBOLIZACIÓN DE LA ARTERIA RENAL EN PATOLOGÍA NEOPLÁSICA RENAL DE ALTO RIESGO

Autores

Rodríguez Carvajal, R., Leal Lorenzo, J. I., Peinado Cebrián, F. J., Buendía González, E.*, Bolufer Moragues, E.*, Gil Sales, J., Flores Herrero, A., Fontcuberta García, J., Orgaz Pérez-grueso, A., Gómez Rodríguez, A.*, Doblas Domínguez, M.
Servicio de Angiología, Cirugía Vascul ar y Endovascular.
Hospital Virgen de la Salud, Toledo

*Servicio de Urología. Hospital Virgen de la Salud, Toledo

Objetivos

Analizar las ventajas de la embolización arterial renal y las diferentes técnicas como procedimiento previo a nefrectomía en un mismo acto quirúrgico.

Material

Presentamos seis pacientes a los que se les realizó embolización de la arteria renal previa nefrectomía por neoplasias renales gigantes hipervascularizadas.

Metodología

El procedimiento fue realizado por un cirujano vascular en un quirófano convencional con un arco radiológico en C móvil. En cuatro casos se utilizó dispositivo Amplatzer para embolizar; uno precisando a su vez embolización de una arteria polar mediante Coil y otro inyección de trombina transcatéter. En los otros dos casos se utilizaron Coils. La oclusión completa de la arteria renal se confirmó mediante angiografía intraoperatoria en todos los casos. Se analizaron los tiempos quirúrgicos, la morbimortalidad peri/postoperatoria, las pérdidas sanguíneas, las necesidades de infusión de líquidos y la función renal pre/postoperatorias.

Resultados y Conclusiones

El tiempo quirúrgico medio fue de 197min.(145-240) incluyendo embolización y resección tumoral. Se perdió una media de 352ml. de sangre por paciente (152-475). No existió mortalidad intra/perioperatoria. Dos pacientes precisaron vigilancia intensiva durante 24 horas. El tiempo de hospitalización medio fue de 6 días (5-9). Dos pacientes presentaron deterioro leve de la función renal a las 48 horas postintervención, con normalización al alta. La embolización renal previa nefrectomía en pacientes con neoplasia renal de alto riesgo, en un mismo acto quirúrgico, es una técnica accesible, con baja morbimortalidad, evita el síndrome postinfarto renal, mejora los tiempos quirúrgicos, evita sangrados masivos intraoperatorios y facilita la disección en la nefrectomía. La embolización mediante dispositivo Amplatzer presenta claras ventajas tanto técnicas como económicas respecto a la embolización mediante Coils.

ABORDAJE PERCUTÁNEO DE GRAN CALIBRE SEGÚN TÉCNICA ZIP: RESULTADOS PRELIMINARES

Autores

Portas Gómez, R., García León, A., Calsina Juscafresa, L., Urbino, G. C., Clarà Velasco, A., Vidal-Barraquer Mayol, F.

Hospital del Mar. Barcelona

Objetivos

Actualmente existe una tendencia en alza en la implantación de endoprótesis aórticas por vía percutánea mediante la utilización de dispositivos de cierre percutáneo(DCP). En el presente trabajo se analizan los resultados del abordaje totalmente percutáneo con accesos de gran calibre mediante la utilización de ProstarXL mediante técnica Zip.

Material

De 2008 a 2009 se practicaron 49 técnicas en 26 pacientes. El diámetro medio femoral común fue de 9,2mm(4,7-16,6). Se objetivó calcificación en el 63% de los casos. El perfil de los introductores fue de 10 a 26 French.

Metodología

Se trata de un estudio observacional retrospectivo. El seguimiento de la técnica se ha realizado mediante angioTC, analizándose la aparición de complicaciones en el nivel abordado.

Resultados y Conclusiones

Resultados inmediatos: en el 89'8%(n=44) de los casos la técnica ZIP fue efectiva, 1 caso precisó un segundo ProstarXL y 4 precisaron disección femoral. 1 caso requirió revascularización, aunque no hay indicios de que tuviera relación con el DCP. Resultados tardíos: el seguimiento medio (n=35) ha sido de 5,3 meses(1-10). No se han objetivado estenosis, disección o trombosis de la arteria femoral abordada. La utilización del DCP ProstarXL mediante técnica ZIP permite un abordaje totalmente percutáneo con introductores de gran calibre, evitando la necesidad de disección femoral en la mayoría de los casos. La seguridad del mismo parece adecuada tanto de forma inmediata como en el medio plazo.

TRIPLE GUÍA: MODIFICACIÓN DE LA TÉCNICA PRECLOSE. RESULTADOS INICIALES

Autores

Izquierdo Lamoca, L. M.* , Criado Pallarés, E. ** , Leiva Hernando, L.* , Aguinaco Acosta, A.* , Zotta Desboeufs, R.* , Fernández Solares, J. I.*

*Hospital Universitario Madrid Montepríncipe, **University Of Michigan School Of Medicine

Objetivos

La técnica de Preclose para cierre percutáneo en EVAR-TEVAR, utiliza varios sistemas Proglide creando una sutura discontinua en forma de X. El objetivo de este estudio es analizar los resultados de una variación que permite espaciar los puntos de sutura creando una sutura interrumpida longitudinal.

Material

Desde enero 2008 a enero de 2009 se trataron 20 accesos en 14 pacientes. Los diámetros oscilaron entre 14F - 24F. Se realizaron controles clínico, con eco Doppler y TAC.

Metodología

Se colocan tres guías en un introductor de 6F que se retira y sobre la guía central se predilata hasta un calibre de 12 F. Se recoloca el 6F en la guía y sobre las guías laterales se colocan dos sistemas Proglide sin rotación y sin ajustar fiando los puntos en superficie con un Steri- Strip. Al finalizar el procedimiento antes de retirar el introductor, se coloca un Fograty de 4F y se infla. Tras ajustar los sistemas de cierre se verifica las hemostasia desinflando el balón.

Resultados y Conclusiones

Una arteria requirió 1 dispositivo (5%), 12 (60%) dos, 6 (30%) tres y 1 (4%) 4 dispositivos. Se logró una hemostasia efectiva en 18 arterias (90%) y ocurrieron 2 (10%) fracasos técnicos . En el seguimiento entre 3- 12 meses no ha habido complicaciones. La variación que proponemos consigue buenos resultados iniciales, creando una sutura interrumpida, longitudinal, hemodinámica similar a una convencional, no añade complejidad al procedimiento, emplea un mínimo de tiempo y costos adicionales permitiendo tambien un mejor control de hemotasia.

VALORACIÓN MEDIANTE RMN CEREBRAL DIFUSIÓN-PERFUSIÓN DE LOS EVENTOS EMBÓLICOS CEREBRALES DURANTE EL STENTING CAROTÍDEO UTILIZANDO FLUJO REVERSO TRANSCERVICAL

Autores

Leal Lorenzo, J. I., Rodriguez Carvajal, R., Peinado Cebrián, F. J., Garcia Benassi, J., Orgaz Perez-grueso, A., Doblas Dominguez, M.

Hospital Virgen de la Salud. Toledo

Objetivos

Demostrar el efecto de protección frente a los eventos embólicos cerebrales del flujo reverso transcervical en la angioplastia y stent carotídeo

Material

25 pacientes con estenosis carotídea significativa fueron tratados prospectivamente entre Abril de 2008 y Febrero de 2009 mediante angioplastia y stent carotídeos utilizando la técnica de flujo reverso transcervical. (21 hombres- 4 mujeres, edad media 69,4 años, 19 Sintomáticos – 10 ictus, 9 AITs- 6 Asintomáticos)

Metodología

Todos los pacientes fueron evaluados previa la cirugía mediante una exploración Doppler carotídea. Además de la monitorización clínica, en todos los casos se realizó una RMN de difusión-perfusión en las 24 h anteriores y posteriores a la cirugía con el fin de valorar la aparición de nuevas lesiones isquémicas cerebrales . Ambas secuencias de imágenes fueron comparadas de forma ciega e independiente por 2 neuroradiólogos. Los pacientes fueron intervenidos de acuerdo con la técnica descrita por E. Criado et al., monitorizados clínicamente durante 48 h después de la cirugía y revisados a los 30 días.

Resultados y Conclusiones

No se observaron eventos neurológicos durante las intervenciones, en el postoperatorio inmediato, ni en el seguimiento, permaneciendo todos los pacientes sin fluctuaciones en su estado neurológico. Con un índice kappa de concordancia entre los dos equipos radiológicos de 1, se objetivó 1 sola nueva lesión isquémica en los estudios de difusión-perfusión de uno de los pacientes. Según las observaciones realizadas, la colocación de stent carotídeo utilizando la técnica de flujo reverso transcervical parece prevenir no sólo los eventos isquémicos de origen embólico sintomáticos sino también la embolización asintomática.

FACTORES PRONÓSTICOS EN LA CIRUGÍA ENDOVASCULAR DEL SECTOR FÉMORO-POPLÍTEO.

Autores

Mateos Torres, E., Castro Bolance, F., Garcia León, A., Llord Pont, C., Clara Velasco, A., Vidal-barraquer Mayol, F.

Hospital del Mar. Barcelona

Objetivos

Conocer la evolución del paciente sometido a cirugía endovascular del sector fémoro-poplíteo, analizando los factores predictores de restenosis, oclusión de la técnica y pérdida de extremidad.

Material

62 pacientes con isquemia crítica (edad media 72,8a; varones=52%; diabetes=82%; diálisis=17%; bypass previo=8%; grado clínico G-III/G-IV=22%/78%) y lesiones TASC A=18%, B=36%, C=29%, D=17%; con lesión poplíteo=58% y run-off 0-1=72% /2-3=28%.

Metodología

65 PTA+stent primarios autoexpandibles de nitinol, entre enero 2006/febrero 2009. Seguimiento medio 10 meses, mediante índice T/B (100%), eco-doppler (72%) y DIVAS (34%). ANÁLISIS: retrospectivo. ESTADÍSTICOS: Kaplan-Meyer, Chi2, Regresión-Cox multivariable (Hazard Ratio).

Resultados y Conclusiones

SUPERVIVENCIA: inmediata/al año de 95%/84%. PERMEABILIDAD PRIMARIA: a 6 meses/1 año de 80%/60%, con tasa de restenosis (>50% u oclusión) del 25%. Se asoció a peor pronóstico la lesión poplíteo (HR=3.769;p=0.034) y el grupo de pacientes en diálisis (HR=3.584;p=0.048). PERMEABILIDAD SECUNDARIA: a 6 meses/1 año de 89%/82%. Fueron factores de riesgo la lesión poplíteo (HR=9.502;p=0.040) y de forma marginal el grupo diálisis (HR=4.269;p=0.052). SALVAMENTO DE EXTREMIDAD: a los 6 meses/1 año de 83%/77%. Fue menor en el grupo diálisis (HR=18.146;p<0.001), portadores de bypass previo (HR=12.959;p=0.002) y lesión poplíteo (HR=5.456;p=0.049). CONCLUSIONES: En nuestro estudio, antecedentes clínicos como la hemodiálisis o la cirugía fémoro-poplíteo previa, y características anatómicas de la lesión como la afectación poplíteo, se asociaron a medio plazo a peores resultados del stenting fémoro-poplíteo. Otros factores descritos en la literatura, como el run-off distal y la clasificación TASC, no alcanzaron en nuestro caso la significación estadística.

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LA ARTERIA FEMORAL SUPERFICIAL EN LA ISQUEMIA CRÍTICA. ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS TRES PRINCIPALES TÉCNICAS.

Autores

Sala Almonacil, V. A.^{*}, Gómez Palonés, F. J.^{*}, Morales Suárez-Varela, M.^{**}, Martínez Parreño, C.^{*}, Plaza Martínez, A.^{*}, Ortíz Monzón, E.^{*}

*Hospital Universitario Doctor Peset, **Fundación Para La Investigación Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia

Objetivos

Comparar los resultados a medio plazo de tres técnicas de tratamiento endovascular de la arteria femoral superficial (AFS) en la isquemia crítica: angioplastia simple (ATP), endoprótesis cubierta (EC) y stent de nitinol (SN).

Material

Entre los años 2000 a 2008 se practicaron 113 procedimientos sobre 105 pacientes: 43 ATP, 33 EC y 37 SN. El 73% de los pacientes presentó lesiones tróficas de diversa consideración. Se registró la comorbilidad de los pacientes, la clasificación TASC de las lesiones y el lecho arterial distal.

Metodología

Análisis retrospectivo a los 6, 12 y 24 meses de la permeabilidad y del salvamento de extremidad para cada técnica. Mediante análisis multivariante se analizó la influencia sobre los resultados de las variables registradas.

Resultados y Conclusiones

Los tres grupos fueron homogéneos. Permeabilidad secundaria para los períodos de tiempo evaluados: 68%, 57%, 51% (ATP), 80%, 80%, 65% (EC) y 75%, 75%, 60% (SN) (p: .014; Log-rank). Salvamento de extremidad para los mismos períodos: 76%, 73%, 70% (ATP), 88%, 84%, 79% (EC), 78%, 75%, 75% (SN) (p: .276; Log-rank). Las lesiones TASC D presentaron menor permeabilidad en los tres grupos (p: .03). Los pacientes con uno o ningún vaso de salida distal sufrieron más amputaciones mayores (p: .013). Según nuestra experiencia, el tratamiento endovascular de la AFS mediante endoprótesis cubierta ofrece los mejores resultados en permeabilidad y salvamento de extremidad, seguido del stent de nitinol y la angioplastia simple.

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DEL INJERTO INFRAINGUINAL EN FALLO HEMODINÁMICO

Autores

Esparza Gómez, L., Acín García, F., Varela Casariego, C., Flórez González, A., March García, J. R., De Haro Miralles, J.

Hospital Universitario de Getafe. Madrid

Objetivos

Analizar los resultados de las técnicas endovasculares en el tratamiento del injerto venoso en riesgo del sector infrainguinal.

Material

Análisis retrospectivo de 53 injertos infrainguinales en fallo; 23 (43%) en sector femoropoplíteo y 30 (57%) distales; que fueron tratados mediante procedimientos endovasculares entre 1999-2009. Se realizaron 48 (90.6%) angioplastias simples y 5 (9.4%) requirieron implantación de stent, en 7 (13%) casos el procedimiento endovascular se realizó en más de una localización del bypass y 13 (24.5%) precisaron nueva angioplastia por reestenosis del procedimiento previo.

Metodología

Analizamos los resultados mediante tablas de vida, realizando comparaciones en función de covariables (Factores de riesgo cardiovascular, localización lesional, tipo de procedimiento y técnicas iterativas) mediante Log-Rank Test.

Resultados y Conclusiones

El seguimiento medio fue de 57 ± 33 meses. A los 6 años, la permeabilidad primaria asistida del injerto fue 81% (EE<0.1), la salvación de extremidad 83% (EE<0.1) y la supervivencia global 79% (EE<0.1). No hubo diferencias significativas, en permeabilidad ni en supervivencia, entre las diferentes variables analizadas. Los procedimientos sobre el cuerpo del injerto mostraron tendencia a una mejor salvación de extremidad, aunque ésta no llegó a ser significativa ($p=0.059$). Los procedimientos iterativos por reestenosis presentaron resultados similares a los únicos: permeabilidad (65% vs. 77%) y salvación de extremidad (81% vs. 71%). Las técnicas endovasculares son eficaces en el tratamiento del injerto infrainguinal en riesgo, con buenos resultados a largo plazo, baja morbimortalidad y excelente reproducibilidad, por lo que pueden ser consideradas de primera elección en el tratamiento de estas lesiones.

9ª [REF. C85](#)

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR EN LA ISQUEMIA CRÍTICA

Autores

Vera Artázcoz, A., Torreguitart Mirada, N., Riera Vázquez, R., Juliá Montoya, J., Blanes Ortí, P., Lozano Vilardell, P.

Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca

Objetivos

Analizar la tasa de salvamento de extremidad en la isquemia crítica (IC) de extremidades inferiores tratada mediante terapéutica endovascular del sector femoropoplíteo y distal.

Material

Estudio retrospectivo descriptivo. Población: pacientes con IC, grados 4-6 de Rutherford, tratados de forma endovascular. Periodo estudio: marzo 2004-octubre 2008.

Metodología

Se analiza sexo, edad, factores de riesgo, técnica, grado TASC, ITB pre y postoperatorio, tasa de éxito técnico, permeabilidad en el seguimiento, salvamiento de la extremidad y supervivencia. Análisis estadístico mediante t student, Kaplan Meier y Log Rank.

Resultados y Conclusiones

96 pacientes (64 varones y 32 mujeres), edad media 70,9 años (DE 10,7). Estadío Rutherford: 21 pacientes 4, 51 pacientes 5 y 24 pacientes 6. Lesiones TASC: 12 TASC A, 50 TASC B y 34 TASC C. Longitud media de las lesiones 97 mm (DE 39). Se realizan 54 recanalizaciones, 42 angioplastias y se asocian 24 stents. El 18,8% sector femoral, 12,5 % poplíteo, 3,1% troncos distales y 65,5% más de un sector. ITB preoperatorio fue 0,38 (DE 0,17) y postoperatorio 0,76 (DE 0,28) p 0,02. La tasa de éxito técnico fue 91,7%. La permeabilidad al mes, seis y doce meses es de 95,8%, 81,4% y 69,2% respectivamente. La tasa de salvamento es de 91,4%, 84% y 74,1%. La tasa de supervivencia 96,9%, 89,1% y 78,7%. No se ha apreciado asociación entre grado TASC y permeabilidad o salvamiento de extremidad. La terapia endovascular es buena alternativa en la isquemia crítica por afectación del sector femoropoplíteo y distal.

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS OCLUSIONES EN EL SECTOR FEMORO-POPLÍTEO MEDIANTE TÉCNICAS ENDOVASCULARES

Autores

González Sánchez, S., Martín Conejero, A., Muela Méndez, M., Zudaire Díaz-Tejeiro, R., Moñux Ducajú, G., Serrano Hernando, F. J.

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Objetivos

Describir los resultados iniciales y durante el seguimiento del tratamiento endovascular en las oclusiones crónicas en el sector femoropoplíteo.

Material

Diseño observacional prospectivo. Período de estudio: 1997-2009. 52 oclusiones de femoral superficial o primera porción poplíteo.

Metodología

Técnicas: PTA simple, stent o stent recubierto. Descripción de la serie y resultados inmediatos (chi2 y t-Student) y del seguimiento (Kaplan-Meier).

Resultados y Conclusiones

52 casos. Edad media: 71 años (40-94), 69.2%(36) varones, 54%(28) diabéticos, 67%(35) hipertensos, 69%(36) fumadores. Isquemia crítica: 83%(43), de los cuales 29%(15) grado III y 54%(28) grado IV. TASC: 25%(13) A, 46%(24) B y 30%(15) C. Longitud media recanalizada: 73.56 mm (20-150 mm). Procedimiento: PTA simple 11.5%(6), stent 27%(14), stent recubierto 61.5%(32). Resultados inmediatos: 4 oclusiones (2 resueltas mediante trombectomía). 3 embolizaciones distales. Mortalidad precoz: 1 (1,9%). Seguimiento mediano de 18 meses. Amputación mayor en el seguimiento: 2 (3.8%). A los 36 meses: salvación de extremidad del 85% y supervivencia de 81%. PERMEABILIDAD PRIMARIA (n=48) 92.3% 1 mes (n=45) 85% 3 meses (n=42) 76.8% 6 meses (n=36) 60% 12 meses (n=34) 52.5% 24 meses PERMEABILIDAD ASISTIDA (n=48) 92.3% 1 mes (n=45) 85% 3 meses (n=44) 82.3% 6 meses (n=41) 74% 12 meses (n=41) 74% 24 meses PERMEABILIDAD SECUNDARIA (n=50) 96.2 % 1 mes (n=48) 91.4% 3 meses (n=46) 86% 6 meses (n=43) 76.4% 12 meses (n=43) 76.4% 24 meses Conclusiones. El tratamiento endovascular de oclusiones seleccionadas del sector femoropoplíteo tiene buenos resultados clínicos. Es necesario un seguimiento estricto y es esperable un elevado número de reintervenciones para una correcta permeabilidad.

PERMEABILIDAD PRIMARIA EN LESIONES CORTAS DE ARTERIA FEMORAL SUPERFICIAL TRATADAS ENDOVASCULARMENTE: STENT DE NITINOL VS STENT DE ACERO.

Autores

Florit Lopez, S.* , Gonzalo Villanueva, B.** , Solanich Valldaura, T.** , Herranz Pinilla, C.** , González Cañas, E.** , Giménez Gaibar, A.**

*Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell (barcelona), **Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell

Objetivos

Introducción El tratamiento endovascular con implantación de stents en arteria femoral superficial (AFS) sigue siendo controvertido. Recientes estudios avalan la utilización sistemática de stents en AFS en lesiones TASCII-A y B. Objetivo Análisis comparativo de la permeabilidad a un año de los stents autoexpandibles vs balón expandibles en AFS, en lesiones TASCII-A y B.

Material

Desde enero de 2007 a marzo 2008, se han tratado 39 pacientes por isquemia crónica de extremidades inferiores, con lesiones de AFS TASCII-A y B, a los que se implantó un stent autoexpandible de nitinol (Grupo-A) o un stent balón expandible de acero (Grupo-B), de forma consecutiva, no randomizada.

Metodología

VARIABLES registradas: éxito técnico, permeabilidad primaria, tasa de salvamento de la extremidad y supervivencia de los pacientes mediante curvas de Kaplan-Meier durante un seguimiento de 12 meses

Resultados y Conclusiones

Resultados 51% varones, 82% diabetes mellitus. Estadio clínico: Grado-IIB 2,6%, Grado-III 12,8%, Grado-IV: 84,6%. Tronco distal: sin vaso distal 15,4%, un vaso distal 61,5%, dos vasos distales 23,1%. Seguimiento al año: Mortalidad 30%, índice salvamento de la extremidad 90,3% Análisis por grupos: 14 pacientes Grupo-A, 25 pacientes Grupo-B. Éxito técnico: 92,9% Grupo-A y 96% Grupo-B. Permeabilidad primaria al año: 85,7% Grupo-A, 86,5% Grupo-B (p=0,859) Conclusiones En lesiones cortas de AFS TASCII-A y B, no ha habido diferencias significativas en cuanto al éxito técnico y permeabilidad al año con los distintos tipos de stent utilizado.

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR INFRAPOPLÍTEO EN LA ISQUEMIA CRÍTICA

Autores

Zaragozá García, J. M., Gómez Palonés, F. J., Plaza Martínez, A., Martínez Parreño, C., Martínez Perelló, I., Ortiz Monzón, E.

Hospital Dr. Peset. Valencia

Objetivos

Los pacientes con isquemia crítica (IC) y afectación del sector infrapoplíteo son un grupo con elevado riesgo de pérdida de extremidad y morbimortalidad. El tratamiento endovascular ofrece una alternativa de revascularización menos agresiva. Presentamos nuestros resultados en el tratamiento de estos pacientes.

Material

Entre 2002 y 2009 se ha realizado tratamiento endovascular del sector infrapoplíteo en 40 pacientes con IC, siendo el 70% (n:28) varones, con edad media de 70 años (d.e. 10,12;r:51-85). El 90% (n:36) eran diabéticos, y 85% (n:34) presentaban lesiones isquémicas, Había oclusiones arteriales en 55% (n:22). Se realizó angioplastia simple en un 55% (n:22) y angioplastia más stenting en el resto. En un 70% (n:28) se trató más de un vaso distal. En 57,5% (n:23) se trataron también lesiones proximales.

Metodología

Se analiza la permeabilidad, salvamento de extremidad y supervivencia, mediante el método de Kaplan-Meier.

Resultados y Conclusiones

El seguimiento medio fue de 18 meses (d.e.16,08;r:037-60,63). La permeabilidad al mes,6,12 y 18 meses fue del 89%,70%,66.5% y 66.5% respectivamente; la tasa de salvamento de extremidad del 90%,77%,74% y 74%; y la supervivencia del 97.5%,92%,79% y 79% respectivamente. Hubo un 5% de complicaciones locales y sistémicas, y un 75%(n:30) de amputaciones menores asociadas. El tratamiento endovascular del sector infrapoplíteo en pacientes con IC ofrece buenos resultados en nuestra serie, y lo consideramos como primera opción en lesiones que no comprometan un posible by-pass en un segundo tiempo.

STENTING PRIMARIO DE ARTERIA FEMORAL SUPERFICIAL EN EL TRATAMIENTO DE LA ISQUEMIA CRÍTICA DE EXTREMIDADES INFERIORES. EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN UN HOSPITAL DE NIVEL 2.

Autores

Cordobes-Gual, J., Lara-Hernández, R., González Navarro, J. L., Guiu Callen, F., Rodriguez Dominguez, M., de Frutos Rincón, J. L.

Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lerida

Objetivos

La isquemia crítica de extremidades inferiores (EEII) afecta a pacientes de edad avanzada que presentan una elevada morbi-mortalidad perioperatoria. El bajo riesgo de las técnicas endovasculares hace que éstas sean elegidas como primera opción terapéutica. Existen pocos estudios que evalúen los resultados de éstas sobre la arteria femoral superficial (AFS) en la isquemia crítica. El objetivo de nuestro estudio es evaluar la permeabilidad, restenosis y salvamiento de extremidad en pacientes sometidos a implantación de stent en AFS.

Material

Estudio prospectivo de 31 pacientes (21 hombres) sometidos a stenting de AFS entre enero del 2007 y enero del 2009 por presentar isquemia crítica de EEII.

Metodología

Con las variables recogidas se realizó un análisis: descriptivo, bivariante y tablas supervivencia mediante el paquete estadístico R.

Resultados y Conclusiones

La mediana de edad de la serie fue de 74.9 años (RIQ: 14.4). La mediana de seguimiento fue de 6.4 meses. 7 pacientes (23%) fallecieron durante el seguimiento. La longitud media tratada fue 9.42 ± 8 mm. La restenosis binaria fue del 13%. La permeabilidad primaria a los 6 y 12 meses fue del 95 y 88% respectivamente y la permeabilidad asistida del 93%. La proporción de salvamiento de extremidad fue del 87%. La implantación de stent en AFS es una técnica válida en el tratamiento de la isquemia crítica de EEII, presentando buenas tasas de permeabilidad y salvamiento de extremidad. Los pacientes con lesiones graves asociadas (Rutherford 6) presentan un riesgo aumentado de amputación mayor a pesar de la permeabilidad del procedimiento.

EVOLUCIÓN CLÍNICA Y HEMODINÁMICA EN EL TRATAMIENTO CON SILVERHAWK.

Autores

Ibáñez Maraña, M., San Norberto García, E., Del Río Solá, L., Cenizo Revuelta, N., Gutierrez Alonso, V., Vaquero Puerta, C.

Hospital Clínico Universitario. Valladolid

Objetivos

Estudiar evolución clínica y hemodinámica, durante 1 año, de pacientes con patología arterial infrainguinal tratados mediante aterectomía con dispositivo Silverhawk.

Material

Se realizaron 51 aterectomías con Silverhawk desde diciembre 2007, recogiendo datos sobre sexo, edad, comorbilidad y presentación clínica de los 19 primeros pacientes.

Metodología

Seguimiento prospectivo durante 12 meses de clínica, exploración física y ecodoppler, obteniendo resultados del diámetro y velocidad pico sistólica a diferentes niveles arteriales.

Resultados y Conclusiones

De los 19 pacientes, 14 eran hombres y 5 mujeres, edad media 70 años, hipertensos (73%), diabéticos (63%) y fumadores (63%). Presentaron 6 claudicación invalidante y 13 isquemia crítica, en 5 con lesiones distales avanzadas. En 14 se afectó femoral superficial, 2 poplítea y 3 ambas; 12 estenosis y 7 trombosis. Se obtuvo buen resultado arteriográfico en 12 casos, en 5 se colocó stent por resultado subóptimo, en 2 se observó extravasación de contraste, realizándose un bypass femoropopliteo y una exclusión con endoprótesis para su reparación. En el ecodoppler al mes, 3, 6 y 12 meses se observó una disminución progresiva del diámetro y velocidad intrarterial. Al año, 3 pacientes estaban asintomáticos, 7 con claudicación intermitente, 4 amputaciones mayores, 2 conservaron rodilla, 2 éxitus, en un paciente fue necesario realizar procedimiento endovascular secundario y en otro un bypass femoropopliteo. La aterectomía con Silverhawk consigue mejoría del grado clínico, con buena tasa de salvamento de extremidad en pacientes con isquemia crítica. En el primer año se observa evolución de las lesiones, sin que signifique necesariamente empeoramiento clínico.

¿ES LA CRIOANGIOPLASTIA UN TRATAMIENTO EFICAZ A MEDIO PLAZO?

Autores

Rodríguez Cabeza, P., Roset Balada, O., Esteban Gracia, C., Pérez Ramírez, P., Lisbona Sabater, C., Callejas Pérez, J. M.

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

Objetivos

Exponer nuestros resultados a medio plazo del tratamiento con crioangioplastia de lesiones del sector fémoro-políteo y de troncos distales.

Material

Entre mediados del 2007 y 2008 se recogieron 26 pacientes con isquemia crítica en extremidades inferiores a los que se les practicó una crioangioplastia y fueron seguidos posteriormente durante 6 meses. Un paciente fue éxitus durante el seguimiento.

Metodología

Se practicaron un total de 26 crioangioplastias usando el PolarCath Peripheral Dilatation System (Boston Scientific). Se definió el éxito técnico como la presencia de una estenosis residual angiográfica < 30 % y el éxito clínico como la ausencia de amputación mayor o necesidad de cirugía de revascularización a los 6 meses.

Resultados y Conclusiones

Se consiguió el éxito técnico en el 92.3% de los pacientes con una media de estenosis residual del 7.58 %. El éxito clínico fue alcanzado en el 72% de los pacientes. Se objetivó una mejoría inicial estadísticamente significativa (p 0.025) en el índice tobillo/brazo inmediatamente postcrioplastia pasando de 0.35 a 0.66 que decayó parcialmente a los 6 meses hasta 0.50. Pese a los buenos resultados inmediatos postcrioangioplastia, su permeabilidad a medio plazo no parece ser esperanzadora; si bien se necesitan estudios más extensos a largo plazo para confirmar estos resultados.

16ª **REF. C80**

ESCALAS DE RIESGO PARA LA CIRUGÍA DEL ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL: APLICABILIDAD AL EVAR

Autores

Torreguitart Mirada, N., Riera Vázquez, R., Julià Montoya, J., Puigmacià Minguell, R., Blanes Ortí, P., Lozano Vilardell, P.

Hospital Universitari Son Dureta. Palma de Mallorca

Objetivos

Analizar la utilidad de tres escalas de evaluación de riesgo quirúrgico para definir los subgrupos de pacientes que se pueden beneficiar de la cirugía abierta (CA) o la reparación endovascular (EVAR) del Aneurisma de Aorta Abdominal infrarrenal programado (AAA).

Material

Población: 201 pacientes intervenidos por AAA: 153 CA y 48 EVAR. Período de estudio: entre enero-1999 y diciembre-2008.

Metodología

Diseño: estudio de cohortes retrospectivo. Se calculan las escalas de riesgo: Glasgow Aneurysm Score (GAS), Leiden modificada y Comorbidity Severe Score modificada (CSS) para el grupo CA y el grupo EVAR. Se analizan las diferencias en mortalidad y morbilidad a los 30 días entre ambos grupos. Análisis estadístico univariante, multivariante y curvas ROC.

Resultados y Conclusiones

La mortalidad a los 30 días para CA fue del 5,9% y para EVAR 0% ($p=0,33$). La morbilidad para CA fue del 38,6% (28,8% respiratoria, 20,3% digestiva, 20,3% vascular, 11,9% cardiopatía, 11,2% renal y 8,5% otras) y para EVAR del 10,4% (20% cada variable) con diferencias significativas ($p<0,001$). Los valores de las escalas fueron: GAS para CA $74,6\pm 10,3$ puntos y para EVAR $82,5\pm 10,8$ puntos ($p<0,001$); Leiden $8,8\pm 10,6$ puntos y $16,9\pm 18,8$ puntos ($p<0,001$) y CSS $4,4\pm 1,9$ puntos y $5,6\pm 1,7$ puntos ($p=0,001$) respectivamente. El área bajo la curva ROC para el grupo CA fue: GAS 0,63, Leiden 0,60 y CSS 0,59. Y para el grupo EVAR: GAS 0,66, Leiden 0,61 y CSS 0,64. Obteniendo puntos de corte con sensibilidad y especificidad bajos. El grupo EVAR tiene mayor riesgo quirúrgico respecto el grupo CA. Las escalas valoradas tienen poco poder discriminatorio en nuestra cohorte.

DISFUNCIÓN SEXUAL TRAS LA REPARACIÓN ENDOVASCULAR DEL ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL INFRARRENAL.

Autores

Revilla Calavia, A., San Norberto Garcia, E. M., Gutierrez Alonso, V., Martin Pedrosa, M., Mengibar Fuentes L., Vaquero Puerta, C.

Hospital Clinico Universitario Valladolid

Objetivos

La cirugía abierta de AAA (OR) ha sido asociada con un empeoramiento de la función sexual. No obstante, el tratamiento endovascular ha obtenido una menor incidencia. Pretendemos analizar los factores que influyen en la aparición de impotencia tras EVAR.

Material

Estudio mediante escala IIEF (International Index Erectile Function) de la función sexual pre y postoperatoria de los pacientes sometidos a cirugía de AAA (OR o EVAR) en nuestro servicio durante el año 2008

Metodología

De los 114 pacientes tratados (84,2% varones) el pasado año, fueron estudiados 54 de ellos, 40.7% OR y 59,3% EVAR

Resultados y Conclusiones

La media de edad ascendió a 70 años (65.7 OR Vs 73.0 EVAR, $p=0.102$). La incidencia de impotencia preoperatoria fue elevada en ambos grupos (40.9% OR Vs 68.8% EVAR, $p=0.042$). Tras el tratamiento apareció en el 21.9% de EVAR y en el 40.9% del grupo OR ($p=0.132$). Dentro del grupo EVAR, ambas iliacas fueron ocluidas a 3 pacientes (9.4%) y en 19 (40.6%) se respetó una de ellas. La oclusión unilateral de arteria hipogástrica no influyó en la aparición de impotencia postoperatoria ($p=0.119$). En cambio, todos los pacientes con oclusión bilateral sufrieron disfunción eréctil. Conclusiones: La incidencia de disfunción sexual preoperatoria de los pacientes intervenidos de AAA es elevada. En nuestra serie, el tratamiento mediante EVAR no supone una protección frente a la aparición de impotencia, La oclusión bilateral de arterias hipogástricas es causa de disfunción sexual, sin que la oclusión unilateral constituya un factor de riesgo.

ESTABLECIMIENTO DE LA INDICACION EN EL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LOS ANEURISMAS DE AORTA ABDOMINAL

Autores

García Fernández, I., Mosquera Arochena, N. J., Barrios Castro, A., Molina Herrero, F. J., Fernández Lebrato, J. R., Rodríguez Feijóo, G.

Complejo Hospitalario de Orense

Objetivos

Adaptar la indicación del tratamiento endovascular de los aneurismas de aorta abdominal a las características demográficas de nuestro área.

Material

Bases de datos MEDLINE y Evidence Based Medicine (EBM) Reviews (Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR). Documentos de consenso y recomendaciones de la Society for Vascular Surgery SVS y el Capítulo Endovascular de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascul. Bases de datos del Instituto Nacional de Estadística (INE).

Metodología

Revisión de la evidencia científica y los datos demográficos de la Comunidad Autónoma de Galicia y estudio retrospectivo de la morbi-mortalidad quirúrgica de nuestra unidad.

Resultados y Conclusiones

La indicación quirúrgica se mantiene respecto al rango de medidas del aneurisma para la población masculina de riesgo bajo y moderado en 5,5 cm. La mortalidad asociada con la edad aumenta hasta cifras mayores del 10% anual (<5 años de esperanza de vida) a partir de los 85 años. Si bien no existe evidencia en el establecimiento de un límite de edad para el tratamiento endovascular del AAA, parece poco razonable intervenir a pacientes con una expectativa de vida inferior a cinco años. Esto se correspondía con hombres mayores de 85 años y mujeres mayores de 87 en nuestra población. La tendencia al aumento de la supervivencia de la población nos haría situar actualmente el límite de edad absoluto en 87 años para los hombres y 89 para las mujeres, siempre que no presenten patología concomitante renal, cardiológica o respiratoria y el AAA sea anatómicamente favorable.

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LOS ANEURISMAS AORTOILIACOS EN PACIENTES OCTOGENARIOS.

Autores

Martínez López, I., Hernando Rydings, M., Martín Conejero, A., González Sánchez, S., Muela Méndez, M., Serrano Hernando, F. J.

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Objetivos

Analizar los resultados a corto y medio plazo del tratamiento endovascular (TEV) de los aneurismas aortoiliacos (AAI) en pacientes octogenarios.

Material

Diseño observacional prospectivo. 31 pacientes octogenarios sometidos a TEV por AAI (1998-2008).

Metodología

Análisis descriptivo de comorbilidad, técnica endovascular y resultados. Estimación y comparación de funciones de supervivencia mediante Kaplan-Meier (KM) y test de Breslow.

Resultados y Conclusiones

30 varones. Edad media 82 años (80-85). ASA III/IV: 85%. Características del aneurisma: Diámetro medio 62'2 mm (DS 12'5), diámetro cuello 22'3 mm (DS 3'5), longitud cuello 29'8 mm (DS 12'8). Anestesia epidural: 100%. Embolización hipogástrica-AMI preimplante: 9'7%. Configuración aortobiliaca: 87'1%, aortomonoiliaca: 12'9%. Endoprótesis: Excluder 71%, Talent 12'9%, Vanguard 9'7%, Anaconda 6'4%. Anclaje iliaca externa unilateral: 28'8%, bilateral: 6'4%. Resultados precoces (30 días): Estancia UVI 1'1 días (1-3), estancia postoperatoria 4'68 (3-14). Fuga tipo I distal: 1 caso (3'2%), resuelto antes del alta. Mortalidad 0. Seguimiento mediano 23'4 meses (3-112). Fugas durante el seguimiento: 10 (3 tipo I distal y 7 tipo II). Todas las fugas tipo I y una fuga tipo II asociada a crecimiento fueron tratadas con éxito. 6 fugas tipo II al final del seguimiento. Tablas KM: (12 meses-24 meses-36 meses). Supervivencia: 100%-93'8% (EE 6%)-85'2% (EE 9%). Tiempo libre de reintervención por fuga: 92'9% (EE 5%)-92'9% (EE 5%)-75% (EE 12%). No hemos encontrado en nuestra serie factores predictores de reintervención por fuga ni mortalidad en el seguimiento. Conclusiones: El TEV ofrece buenos resultados a corto y medio plazo para el tratamiento de los AAI en octogenarios, por lo que podría considerarse el tratamiento de primera elección en este subgrupo de pacientes.

UTILIDAD DE LAS MEDIDAS BASADAS EN LA LÍNEA LUMINAL CENTRAL EN LA PROGRAMACIÓN DE LA CIRUGÍA ENDOVASCULAR DE LOS ANEURISMAS DE AORTA ABDOMINAL.

Autores

Mestres Alomar, G., Maeso Lebrun, J., Fernández Valenzuela, V., Alvarez García, B., Fernández Castro, E., Matas Docampo, M.

Hospital Vall d'Hebron. Barcelona

Objetivos

Los programas basados en la reconstrucción de la línea luminal central a partir del AngioTC, ofrecen medidas detalladas de las distancias utilizadas en la programación de la cirugía endovascular de los aneurismas de aorta abdominal (EVAR), pero es necesario validar estas técnicas.

Material

Se analizan tres técnicas diagnósticas en la programación del EVAR (TCa:AngioTC axial, TCluminal:AngioTC con línea luminal central, y Arteriografía intraoperatoria) y se comparan con la Arteriografía tras la colocación de la endoprótesis (patrón oro).

Metodología

Se comparan las distancias predichas por cada prueba: distancia de arterias renales a bifurcación aórtica y ambas hipogástricas. Se define un índice de tortuosidad (ratio de distancias TCluminal/TCa). Comparamos las variabilidades intra e interobservador y los coeficientes de correlación interclase (CCI) absolutos entre los tres métodos y la Arteriografía postoperatoria, y las diferencias absolutas en las predicciones.

Resultados y Conclusiones

Se estudian 15 procedimientos EVAR bifurcados. La variabilidad intra e interobservador fue muy buena para todas las mediciones del TCa y TCluminal (CCI >0.950). El TCa mostró una mala correlación con la Arteriografía postoperatoria (0.111), siendo mejor para el TCluminal (0.644) y la Arteriografía intraoperatoria (0.753). Una elevada tortuosidad (>20%) se asoció a predicciones significativamente más cortas con el TCa (4.26±1.04 vs 2.82±0.94cm, P=0.001), pero sin diferencias significativas con el TCluminal (-0.17±1.09 vs 0.60±1.11cm, P=0.073) o Arteriografía intraoperatoria (0.03±0.05 vs 0.02±0.03cm, P=0.492). Conclusiones: El TCa ofrece una mala predicción de la distancia ocupada por una endoprótesis tras el EVAR, siendo peor en anatomías tortuosas. El TCluminal y Arteriografía intraoperatoria ofrecen mejores predicciones.

VALORACIÓN DE DOS ÍNDICES DE RIESGO EN PACIENTES OCTOGENARIOS Y/O ASA IV SOMETIDOS A CIRUGÍA ENDOVASCULAR DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL.

Autores

Lobato Andres, M, Porto Rodriguez, J, Mata Diaz, M, Arroyo Bielsa, A, Rodriguez Gonzalez, C, Acosta Espeleta E, Redondo Teruel S, González Méndez A, Gesto Castromil, R.

H hospital Doce de Octubre. Madrid

Objetivos

Analizar el valor pronóstico de dos índices de riesgo: Glasgow Aneurysm Score (GAS) y Leiden Modified Score (MLS), en una cohorte de pacientes octogenarios y/o ASA IV sometidos a cirugía endovascular (CEV) de AAA.

Material

Desde marzo 2000 a marzo 2009 tratamos 33 AAA consecutivos en pacientes ASA IV y/o mayores de 80 años con CEV (32 varones, mediana de edad 79 años)

Metodología

Se analizaron retrospectivamente factores asociados de comorbilidad, características morfológicas del aneurisma, datos intraoperatorios, complicaciones postoperatorias, GAS, MLS y su relación con la mortalidad precoz y tardía. Para el análisis estadístico utilizamos el SPSS versión 13.0.

Resultados y Conclusiones

Mortalidad operatoria 9%, supervivencia a 30 meses 79%, mediana de seguimiento 24 meses La mediana de GAS 87 (rango intercuartílico 78,5-94,5) y la de MLS 13 (rango intercuartílico 10-19,5). Enfermedad cerebrovascular previa (p 0,049), tiempo quirúrgico (p 0,02), complicaciones respiratorias (p 0,043), fracaso renal agudo (p 0,01), el GAS (p 0,01) y el MLS (p 0,015) se asociaron a un incremento significativo de la mortalidad perioperatoria. La mortalidad de este grupo de pacientes de alto riesgo sometidos a CEV de un AAA es asumible, e inferior a la generalmente aceptada. Los índices GAS y MLS fueron discriminantes en la determinación del nivel de riesgo en esta cohorte de pacientes y podrían resultar indicadores útiles en la toma de decisiones previas al tratamiento con CEV de AAAs en pacientes de alto riesgo.

VARIABILIDAD INTRA E INTERINDIVIDUALES DE LAS MEDICIONES DEL VOLUMEN Y DIÁMETRO DE LOS AAA.

Autores

Fernandez Castro, E., Maeso Lebrun, J., Bofill Brossa, R., Boqué Torremorell, M., Aloy Ortiz, M. C., Matas Docampo, M.

Hospital Vall d'Hebron. Barcelona

Objetivos

Estudiar la variabilidad interindividual entre un médico experto y otro en entrenamiento en la medición de los volúmenes y diámetros de los AAA, así como la variabilidad intraindividual del médico en entrenamiento en la toma de mediciones en un mismo caso.

Material

Estudiamos 20 pacientes con AAA tomados al azar. Se realizan mediciones sobre las imágenes de TC tratadas informáticamente mediante tecnología "centerlumen line". Se miden los diámetros máximo y mínimo en el corte de mayor tamaño del AAA. Se estudian los volúmenes tomando las medidas desde la arteria renal más baja hasta la bifurcación iliaca, de forma manual con el software "3surgery". Comparamos los resultados de las mediciones de los dos observadores. También, las dos mediciones tomadas por el observador en entrenamiento.

Metodología

Análisis mediante coeficiente de correlación interclase, usando el programa SPSS.

Resultados y Conclusiones

La correlación interobservador en volúmenes es de 0'98. Para el diámetro mínimo la correlación interindividual es de 0'96 y el máximo de 0'92. La correlación intraindividual es de 0'99 en los volúmenes, 0'94 para el diámetro máximo y 0'98 en el mínimo. Conclusiones: 1) No existe variabilidad interobservador, con muy buena concordancia entre mediciones. 2) No existe variabilidad intraobservador, con muy buena correlación. Las medidas de los AAA pueden ser tomadas de forma válida tanto por un observador experto como otro tras aprendizaje. Las segundas medidas del observador inexperto son más ajustadas a las del experto, por lo que el entrenamiento mejora la medición.

COMUNICACIONES

(4ª.sesion)

23ª **REF. C77**

RELEVANCIA DEL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR EN EL MANEJO ACTUAL DE LOS ANEURISMAS AISLADOS DE ARTERIA ILIACA

Autores

Galindo Garcia, A., Martinez Lopez, I., Hernando Rydings, M., Gonzalez Sanchez, S., Muela Mendez, M., Martinez Izquierdo, A., Rial Horcajo, R., Serrano Hernando, F. J.

Hospital Clinico San Carlos. Madrid

Objetivos

Analizar los resultados del tratamiento endovascular (TEV) de los aneurismas iliacos aislados (AI) en nuestro centro y compararlos con los del tratamiento quirúrgico convencional (TQ)

Material

AI aislados (diámetro aórtico <35 mm) intervenidos electivamente entre 1995-2008.

Metodología

Análisis de factores demográficos, resultados inmediatos, seguimiento a corto-medio plazo del TEV y comparación con TQ. Análisis estadístico: Chi cuadrado, test de Fisher y curvas Kaplan Meier.

Resultados y Conclusiones

34 pacientes intervenidos (49 AI), 16 mediante TEV, 18 mediante TQ. Grupo TEV: Edad media 74,8 años (63-85). Varones 94%. Diámetro medio 48,1 mm (25-80). 8 dispositivos aortobiiliacos (50%), 3 aortomonoiliacos con derivación fémoro-femoral (19%), 3 ilio-iliacos (19%), 2 embolizaciones hipogástricas aisladas (12%). 4 casos con embolización hipogástrica asociada (24%), 2 casos oclusión hipogástrica bilateral (12%). Éxito procedimiento 100%. 2 reintervenciones inmediatas (1 fuga tipo I distal y 1 punción de pseudoaneurisma). 1 colitis isquémica (hemicolectomía). Seguimiento mediano 32 meses (2-122). 2 reintervenciones (1 fuga tipo I proximal, 1 fuga tipo II). 4 fugas tipo II tratadas conservadoramente. Disminución del saco: 9 casos (56%). No crecimientos del saco ni roturas. Permeabilidad 1 y 3 años 100%. Mortalidad 0% Diferencias significativas ($p < 0,05$) en TQ con respecto a: edad, cardiopatía isquémica, EPOC, dislipemia y estancia postoperatoria. No diferencias en cuanto a diámetro, complicaciones inmediatas, mortalidad ni permeabilidad a 1 y 3 años. El TEV de los AI aislados en casos seleccionados presenta buenos resultados a corto-medio plazo, pudiendo constituir una alternativa al TQ. Es necesario un estricto seguimiento para valorar los resultados a largo plazo.

RESULTADOS A MEDIO PLAZO DE LOS ANEURISMAS DE AORTA ABDOMINAL TRATADOS CON ENDOPRÓTESIS DE FIJACIÓN SUPRARRENAL VERSUS INFRARRENAL

Autores

Gonzalo Villanueva, B., Florit López, S., Solanich Valldaura, T., González Cañas, E., Arnedo Valero, G., Giménez Gaibar, A.

Corporación Sanitaria Parc Tauli. Sabadell (Barcelona)

Objetivos

Objetivo: Comparar los resultados de pacientes sometidos a endoprótesis de aorta abdominal con fijación suprarrenal versus infrarrenal.

Material

Estudio retrospectivo comparativo, entre 2004 y 2008, de pacientes afectos de aneurisma de aorta abdominal intervenidos mediante endoprótesis con fijación suprarrenal (Talent®) (Grupo SR) versus infrarrenal (Excluder®) (Grupo IR), con anatomía apta para ambas prótesis.

Metodología

VARIABLES evaluadas: anatomía cuello, máximo diámetro aneurismático, anatomía ilíacas, cambios función renal, presencia y tipo de endofuga, migración, permeabilidad y éxitus. Análisis estadístico: Prueba T-Student para variables cuantitativas y Chi cuadrado para variables cualitativas.

Resultados y Conclusiones

Resultados 37 aneurismas tratados. Edad media: 78 años. No diferencias en las características demográficas. Grupo SR: 16 pacientes (43,2%), Grupo IR: 21 (56,8%). 2 pacientes grupo IR precisaron fijación transrenal (se cubrió arteria renal izquierda) por endofuga tipo I durante el procedimiento. Sólo el diámetro de la ilíaca externa izquierda fue significativamente inferior en el grupo IR (Grupo SR 10,44mm, Grupo IR 8,9mm) (p:0,024) Seguimiento medio: 22 meses. 7 éxitus en el seguimiento no relacionados con el procedimiento. Endofugas: Grupo SR: 1 tipo IV; Grupo IR: 3 tipos II, 1 tipo IV. Deterioro función renal: Grupo SR: 3 pacientes (18,7%), Grupo IR: 1 paciente (4,7%) (p 0,7). No registramos migración, ni trombosis de rama en ambos grupos. Conclusiones Ante cuellos con anatomía favorable, la utilización de endoprótesis con o sin fijación suprarrenal no comporta diferencias significativas en el seguimiento.

COMPORTAMIENTO DE LA ARTERIA ILIACA DILATADA COMO ANCLAJE DISTAL DE ENDOPRÓTESIS EN TRATAMIENTO DE ANEURISMA AORTOILIACO.

Autores

Mengíbar Fuentes, L., Gutiérrez Alonso, V., Brizuela Sanz, J. A., Salvador Calvo, R., Del Río Solá, L., Vaquero Puerta, C.

Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Objetivos

Describir la evolución de aquellos casos de aneurisma de aorta abdominal tratados mediante endoprótesis con anclaje distal en una arteria iliaca dilatada

Material

Estudio retrospectivo de 44 arterias iliacas en 34 pacientes con diagnóstico de aneurisma aorto-iliaco en los que se realiza tratamiento endovascular situando el anclaje distal del dispositivo en iliaca común con un diámetro mayor a 20 mm. Todos los pacientes son varones, edad media de 73 años. 24 pacientes con riesgo quirúrgico ASA III-IV. Se recogen dos casos de endoprótesis aorto-monoiliaca asociada a bypass fémoro-femoral, en el resto se emplea una endoprótesis bifurcada.

Metodología

Se describe una tasa de éxito técnico del procedimiento del 97,1%. No se han observado complicaciones médicas relevantes asociadas ni mortalidad asociada al procedimiento. El diámetro máximo medio en las 44 arterias estudiadas es de 27 mm y una tasa de crecimiento anual medio de 1,12 mm. Se ha realizado un seguimiento medio de 31 meses. La incidencia de endoleak tipo 1 distal es del 20,5 %, sólo se han descrito dos episodios de trombosis de rama. Se ha realizado procedimiento secundario en 11 casos (extensión de rama iliaca 20,5%, bypass fémoro-femoral 4,5%).

Resultados y Conclusiones

La utilización de una arteria iliaca dilatada como zona de anclaje distal para endoprótesis en el tratamiento de aneurisma aorto-iliacos, siendo posible por la disponibilidad de nuevos dispositivos con un calibre adecuado, permite mantener la permeabilidad de las arterias hipogástricas pero se asocia a una tasa mayor de complicaciones técnicas y procedimientos secundarios.

RESULTADOS A MEDIO-LARGO PLAZO DE LA ENDOPRÓTESIS AORTO-MONOILIACA. ¿ES TAN SÓLO UNA TÉCNICA DE RECURSO PARA CASOS SELECCIONADOS?

Autores

Fernández Alonso, S., Fernández Heredero, A., Cuervo Vidal, L., Riera Del Moral, L., Gutiérrez Nistal, M., Riera De Cubas, L.

Hospital Universitario La Paz. Madrid

Objetivos

La mayoría de los aneurismas aorto-iliacos (AAI) se tratan mediante endoprótesis bifurcadas, dejando la disposición aorto-monoiliaca como segunda opción en anatomías complicadas. Objetivo: Estudiar la efectividad y seguridad de la endoprótesis aorto-monoiliaca en el tratamiento de los AAI.

Material

Análisis retrospectivo, en intención de tratar, de todos los pacientes tratados electivamente mediante endoprótesis aorto-monoiliaca y bypass femoro-femoral cruzado por AAI desde 1998 hasta 2008.

Metodología

Recogimos factores de riesgo, tamaño de los aneurismas, éxito técnico y clínico, y realizamos análisis actuarial de supervivencia, supervivencia libre de rotura, seguimiento libre de fugas I y III y permeabilidad del injerto.

Resultados y Conclusiones

Un total de 169 pacientes (167 hombres y 2 mujeres) fueron tratados. El tamaño medio de la aorta fue de 56.74 mm. (D.E. 15.9), iliaca común derecha de 23.97 mm. (D.E. 14.3) e izquierda de 20.1 mm. (D.E. 8.9). En el postoperatorio, 41 pacientes (24.7%) presentaron complicaciones menores y sólo 19 (11.4%) complicaciones mayores. Durante un seguimiento medio de 36 meses, se detectaron 23 fugas (13.6%): 9 tipo I (5.3%) y 14 tipo II (8.3%). A los 5 años, la supervivencia global fue del 80%, la supervivencia libre de rotura del 80% y el seguimiento libre de fugas I/III del 92%. La permeabilidad primaria, primaria asistida y secundaria a 5 años fue de 92%, 93% y 97% respectivamente. Conclusión: La endoprótesis aorto-monoiliaca es segura y constituye una opción válida para el tratamiento de los AAI.

TROMBOSIS DE ENDOPROTESIS AORTICA: POSIBLES FACTORES DESENCADENANTES

Autores

Río Gómez, J., Cervera Bravo, T., Ballesteros Ortega, D., Ribé Bernal, L., Vila Atienza, M., Reparaz Asensio, L. M.

HGU Gregorio Marañón. Madrid

Objetivos

Revisar los casos de trombosis de endoprótesis de aorta abdominal de nuestro centro, con el fin de determinar posibles factores desencadenantes.

Material

Se han revisado 117 endoprótesis de aorta abdominal implantadas en nuestro centro entre 1997 y 2008 tanto en cirugía programada como urgente.

Metodología

Una vez identificados aquellos pacientes que presentaron trombosis de la endoprótesis, hemos analizado cuidadosamente la anatomía del sector iliaco mediante la angiografía intraoperatoria post-implante y las tomografías de control realizadas en el seguimiento del paciente. Los aspectos anatómicos a valorar fueron: estenosis iliaca pre-implante, oclusión de arteria hipogástrica al colocar el dispositivo, angulación iliaca mayor de 90 grados, diámetro del vaso receptor menor de 14 mm.

Resultados y Conclusiones

Se identificaron 5 casos de trombosis de endoprótesis por lo que la tasa de nuestra serie fue del 4,3%. En 2 casos se trató de trombosis precoces (menos de 30 días) y en los 3 restantes fueron tardías. Los dispositivos implantados fueron aorto-uniliacos en 2 casos y aorto-biiliacos en los 3 restantes. El análisis del sector iliaco mostró que en todos los pacientes con trombosis de endoprótesis concurrían uno o más de los factores anteriormente mencionados. Concluimos que determinadas alteraciones en el sector iliaco pueden condicionar una disminución del flujo de salida del dispositivo y desencadenar la trombosis del mismo. Por este motivo creemos recomendable prestar especial atención al sector iliaco tras la colocación de una endoprótesis de cara a identificar estos factores potencialmente trombóticos.

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LAS COMPLICACIONES SECUNDARIAS A LA CIRUGÍA DE COARTACIÓN DE AORTA TORÁCICA.

Autores

Fernández Caballero, D., Mendieta Azcona, C., Cuervo Vidal, L., Ibrahim Achi, Z., Fernández Alonso, S., Riera de Cubas, L.

Hospital Universitario La Paz. Madrid

Objetivos

Tras el tratamiento quirúrgico de la coartación de aorta torácica (CAT) se ha descrito la aparición, de forma tardía, de pseudoaneurismas y otras lesiones con elevadas tasas de crecimiento y ruptura. Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento endovascular de este tipo de complicaciones.

Material

Seis pacientes (5 varones y una mujer, edad media de 41 años), se trataron con cirugía de CAT en la infancia, mediante aortoplastia con parche de dacron. Posteriormente, desarrollaron pseudoaneurisma de aorta torácica en 4 casos (67%) y fistula aorto-bronquial (FAB) en los otros dos (33%), asociada o no a pseudoaneurisma.

Metodología

Estudio retrospectivo de seis pacientes intervenidos entre 1997 y 2009, mediante tratamiento endovascular, por este tipo de complicaciones. Se utilizaron dispositivos de aorta torácica en todos los casos. Se analiza la tasa de éxito inicial, el seguimiento por angio-tomografía computarizada (angio-TC) y la supervivencia.

Resultados y Conclusiones

El éxito técnico fue del 83'3%, con la exclusión total del pseudoaneurisma o FAB, comprobado por arteriografía o con ecocardio-transesofágico (ETE). La supervivencia a los 18 meses fue del 70'6%, con una media de seguimiento de 25 meses, Dada la escasa prevalencia, hacen falta más estudios para asegurar las ventajas del tratamiento endovascular. Sin embargo, los resultados a medio plazo, hacen de esta técnica una alternativa valiosa para este tipo de patología

UTILIDAD DEL IVUS EN PROCEDIMIENTOS ENDOVASCULARES DE DISECCIONES DE AORTA TORÁCICA TIPO B

Autores

Allegue Allegue, N., Maeso Lebron, J., Fernandez Valenzuela, V., Constenla García, I., Miriam Boqué, T., Matas Docampo, M.

Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona

Objetivos

Valorar la utilidad del IVUS en el tratamiento de disecciones de aorta torácica,

Material

Se han estudiado con IVUS 7 pacientes con disecciones de aorta torácica tipo B tratados con endoprótesis de aorta .

Metodología

Se ha realizado un estudio transversal en el que se ha valorado la visualización correcta de troncos supraaórticos , de las comunicaciones entre la falsa y la verdadera luz, de los troncos viscerales y las medidas con ecocardiograma transesofágico.

Resultados y Conclusiones

En todos los casos se vieron correctamente los troncos supraaórticos. En todos los casos se han visto los troncos viscerales y la comunicación con la verdadera o la falsa luz de estos. En todos los casos se ha visto la comunicación principal entre la verdadera y la falsa luz. Las diferencias en las mediciones de diámetros con el ecocardiograma transesofágico han sido inferiores a 2mm. En un caso se descubrió un error de medida con la TAC de 1 cm. En un caso de disección hasta iliacas permitió valorar que la guía entraba por la falsa luz y corregir su ubicación. Conclusiones: El IVUS es una herramienta útil en el tratamiento de disecciones de aorta torácica. En nuestra serie ha sido tan eficaz como el ecocardiograma en la toma de medidas, y en la visualización de la falsa y la verdadera luz y de sus comunicaciones principales. El IVUS ha localizado mejor que el ecocardiograma el tronco braquiocefálico y los troncos viscerales por debajo de la mesentérica superior. También permite ver la aorta infrarrenal.

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LA AORTA TORÁCICA; EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN UN ÚNICO CENTRO.

Autores

Stefanov Kiuri, S., Fernández Heredero, A., Fernández Alonso, S., Ibrahim Achi, Z., Garzón Moll, G., Luis Riera, C.

Hospital Universitario La Paz. Madrid

Objetivos

Introducción: Las lesiones de la aorta torácica descendente (ATD) son una patología grave potencialmente mortal. El tratamiento endovascular se ha posicionado como el de elección con buenos resultados a corto-medio plazo. Objetivo: Análisis retrospectivo (recogida prospectiva de datos) a medio-largo plazo de resultados del tratamiento endovascular de la patología de la ATD en único centro.

Material

Desde marzo de 1998 a marzo de 2008 se trataron 76 pacientes con patología de ATD, divididos en 4 grupos: Aneurismas (grupo A 38), Disecciones tipo B complicadas (grupo B 24), Úlceras penetrantes y hematomas intramurales (grupo C 11) y Traumátismos (grupo D 3). De los 76 procedimientos, 17 se realizaron de forma urgente. En todos se realizó angiotomografía preoperatoria y arteriografía en los casos programados. Las prótesis utilizadas fueron Gianturco/PTFE, Talent torácica y Valiant (Medtronic) y Relay (Bolton).

Metodología

Realizamos análisis por intención de tratar, cálculo actuarial Kaplan-Meyer y test log Rank para el subanálisis por grupos.

Resultados y Conclusiones

Resultados: El éxito técnico inicial fue del 95%, con una mortalidad precoz a los 30 días del 6,58% (5 pacientes). El seguimiento medio fue de 27,13 meses. La supervivencia fue del 88,6% a los 66 meses (ES 0,088). La incidencia de endofugas fue de 10,52% (tipo I y III), con una supervivencia libre de fugas del 71,1% a los 48 meses (ES 0,098) y un seguimiento libre de fugas de 80,2% a los 54 meses (ES 0,0971). Conclusiones: El tratamiento endovascular de la ATD es una opción válida y segura con buenos resultados a medio-largo plazo

