X CONVENCIÓN DE CIRUJANOS VASCULARES DE HABLA HISPANA

Las Palmas de Gran Canaria
España
12, 13 y 14 de Octubre de 2005

Con el aval científico de la

SEACV

RECONOCIMIENTO DE INTERÉS SANITARIO
de la Consejería de Sanidad del
Gobierno de Canarias.

COMITÉ DE HONOR

Comité

Excma. Sra. Dña. Mª del Mar Julios Reyes
Consejera de Sanidad
Excmo. Sr. D. José Manuel Soria López
Presidente del Cabildo de Gran Canaria
Sr. D. Marco Aurelio Pérez Sánchez
Alcalde de San Bartolomé de Tirajana
Sr. D. José Francisco González González
Alcalde de Mogán
Sr. D. Marcos Gómez Sancho
Presidente Colegio Oficial de Médicos
de Las Palmas

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente

Dr. Vicente Cabrera Morán

Vicepresidente

Dr. Fernando Ojeda Suárez

Vocales

Dra. María Hermida Anllo
Dra. Isabel Breteau Agote
Dr. Guido Volo Pérez
Dr. Enrico Sotgiu
Dr. Antonio Calderín Ortega
Dr. Efrén Martel

JUNTA DIRECTIVA CVHH

Presidente

Dr. A. Krämer
(Santiago de Chile)

Presidente Electo

Dr. J.C. Parodi
(Buenos aires)

Ex-presidente

Dr. X. Barral
(Saint Ettiene)

Vicepresidentes

Dr. R. Gesto
(Madrid)
Dr. E. Ros
(Granada)
Dr. L. Queral
(Miami)

Secretario General

Dr. M. Martínez
(Santiago de Compostela)

Tesorero

Dr. A. Rosendo
(Vigo)

Vocales

Dr. D. Baker.
(Los Ángeles)
Dr. M. Doblas
(Toledo)
Dr. G. Garcia
(Medellín)
Dr. A. Marcos
(Mexico, D.F.)
Dr. M. Martínez
(Santiago de Compostela)
Dr. A. Moreira (+)
(Oporto)

X CONVENCIÓN CIRUJANOS VASCULARES DE HABLA HISPANA

p r o g r a m a c i e n t í f i c o

Martes 11 de Octubre

16.00 h. Apertura de la Secretaría del Congreso

Entrega de documentación - Hall Hotel

20.00 h. Cocktail de bienvenida

Hotel Meliá Tamarindos

Miércoles 12 de Octubre

08.30 a 10.30 h. Comunicaciones Libres I SESIÓN Salón Maspalomas

Moderadores: **Dr. E. Ros** (España)
Dr. R. Mertens (Chile)

1. ANEURISMA DE AORTA TORACICA EN UN SÍNDROME DE MARFAN. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR.
Autores: **Gutiérrez Alonso V., González-Fajardo J.A., Ibáñez M., Cenizo N., San Norberto E., Del Blanco I., Del Río L., Vaquero C.**
Hospital Clínico Universitario de Valladolid.Valladolid. España.

2. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LOS TRAUMATISMOS DE AORTA TORACICA.
Autores: **Domínguez González J.M., Fernández Valenzuela V., Maeso Lebrun J., Fuentes Pérez J.M., González Martínez V., Matas Docampo M.**
Hospital Gral. Universitario Vall d'Hebrón. Barcelona. España

3. STENT CAROTIDEO COMO PROCEDIMIENTO DE RESCATE ANTE DIFICULTADES EN LA REALIZACIÓN DE ENDOPRÓTESIS TORÁCICA. DESCRIPCIÓN DE DOS CASOS CLÍNICOS.
Autores: **Gregorio A Sicard, Leopoldo A Marine, Luis A Sánchez, Juan C Parodi.**
Washington University School of Medicine. St. Louis. EEUU

4. COMPLICACIÓN TARDIA DE UNA DISECCION CRONICA TIPO B TRATADA CON ENDOPROTESIS.
Autores: **JC Fernández, P Vilariño, E Díaz Vidal, RJ Segura.**
CHU Juan Canalejo.A Coruña. España

5. TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA COARTACION TORACO-ABDOMINAL EN 27 PACIENTES: EXPERIENCIA DE 25 AÑOS.
Autores: **Albrecht Krämer, Francisco Valdés, Renato Mertens, Michel Bergoeing.**
Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile. Chile

6. ANEURISMA TORACO-ABDOMINAL. RESECCION QUIRURGICA MEDIANTE PERFUSION VISCERAL CONTINUA Y PRÓTESIS MULTIRRAMA.
Autores: **Gesto R. , Porto J., Rodríguez de la Calle J., Arroyo A., Rodríguez Montalbán A., Carmona S.**
Hospital 12 de Octubre. Madrid. España

7. INFECCIONES DEL INJERTO PROTESICO TRAS CIRUGÍA DE AORTA ABDOMINAL.
Autores: **Salazar A, Gómez R, Baquer M, Estallo L, Rodríguez L, Vega M, Barba A.**
Hospital de Galdakao. Bizkaia. España

8. RELACION ENTRE LOS ANEURISMAS DE LA AORTA ABDOMINAL Y LOS NIVELES SERICOS DE METALOPROTEINASAS 2 y 9.
Autores: **Carlos Martínez López, Jesús A.Muñoz Martínez.**
Hospital Especialidades Centro Medico Nacional. México DF. México

10.30 a 11.00 h. Pausa-Café Salón Taifa

Visita Exposición Comercial

11.00 a 12.30 h. Mesa Redonda Salón Maspalomas

PATOLOGÍA DE LA AORTA TORÁCICA

Moderador:
Dr. M. Matas (España)

Ponentes:
Dr. L. Sánchez (EEUU)
Dr. A. Evangelista (España)
Dr. F.J. Serrano (España)

Miércoles 12 de Octubre

12.30 a 13.00 h. Conferencia Presidencial

Dr. A. Krämer (Chile)

13.00 a 13.30 h. Inauguración Oficial

13.30 a 15.30 h. Comida de Trabajo

Restaurante-Hotel Tamarindos

15.30 a 17.00 h. Sesión de Posters Salón Maspalomas

Moderadores: **Dr. V. Fernández-Valenzuela** (España)
Dr. R. Mertens (Chile)

1. PSEUDO-TROMBOSIS AÓRTICA DISTAL EN EL SEGUIMIENTO DE UNA DISECCIÓN TIPO B TRATADA MEDIANTE ENDOPRÓTESIS.
Autores: **Gutiérrez Alonso V., González Fajardo J.A., Ibáñez M., Cenizo N., San Norberto E., Del Blanco I., Del Río L., Vaquero C.**
Hospital Clínico Universitario de Valladolid. España

2. CIRUGÍA COMBINADA CONVENCIONAL y ENDOVASCULAR EN EL TRATAMIENTO DE LESIONES EN TANDEM DEL EJE CAROTIDEO.
Autores: **Gil Sales J., Porto Rodríguez J., Arroyo Bielsa A., Leiva Hernando L., Montero Mendizábal R., Carmona Berriguete S., Gesto Castromil R.**
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España

3. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE DEGENERACIÓN DE HOMOINJERTO ARTERIAL CRIOPRESERVADO.
Autores: **Vilariño López-Barranco P., Hernández-Lahoz Ortiz I., Fernández Fernández J.C., Vilariño Rico J., Torre Eiriz J., Segura Iglesias R.J.**
C.H.U. Juan Canalejo - Marítimo de Oza. A Coruña. España

4. ESTUDIO HEMODINÁMICO DEL FLUJO DE COLATERALES TRAS LA COLOCACION DE ENDOPROTESIS. ESTUDIO EXPERIMENTAL EN EL CONEJO.
Autores: **San Norberto E., Gutiérrez V., González J.A., Nuño J., Del Blanco I., Diago M.V., Vaquero C.**
Hospital Universitario y Facultad de Medicina .Valladolid. España

5. STENT AÓRTICO EN PATOLOGÍA ARTEROSCLERÓTICA. PRESENTACIÓN DE TRES CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.
Autores: **Admetller Castiglione X., Gómez Moya B., Barbod Abad A., Pañella Agustí F., Rodríguez Espinosa N., García Vidal R., Mellado Joan M., Martín Paredero V.**
Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona. España

6. ESTUDIO DE LA ISQUEMIA MEDULAR TRAS EL SELLADO INTRALUMINAL DE LA AORTA TORACO ABDOMINAL DE LA RATA MEDIANTE ENDOPROTESIS.
Autores: **Ibáñez M.A., Nuño J., Gutiérrez V., González J.A., Del Río L., Diago M.V., Vaquero C.**
Hospital Universitario y Facultad de Medicina. Valladolid. España

7. PREVALENCIA DE ENFERMEDAD CAROTIDA EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES INTERVENIDOS DE BYPASS AORTOBIFEMORAL.
Autores: **García-Fernández F., Breteau I., Martel E., López R., Justo I., Sáez T., Hermida M., Sotgiu E., Volo G., Cabrera V.**
Hospital de Gran Canaria Dr.Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. España

8. ANGIOGÉNESIS ESPONTÁNEA DESDE RAMA MUSCULAR DE LA ARTERIA FEMORAL PROFUNDA A INJERTO FEMORO-TIBIAL POSTERIOR CON VENA SAFENA INTERNA CONTRALATERAL INVERTIDA.
Autores: **Abarrategui Soria C., Porto Rodríguez J., Arroyo Bielsa A., Montero Mendizábal R., Leiva Hernando L., Gil Sales J., Carmona Berriguete S., Gesto Castromil R.**
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España

9. VALORACIÓN HEMODINÁMICA DEL SACO ANEURISMÁTICO DESPUÉS DE LA IMPLANTACIÓN DE ENDOPRÓTESIS, ESTUDIO MANO Y FLUXIMÉTRICO.
Autores: **Cenizo N., Carrera S., Agudo J., Gutiérrez V., González J.A., Diago M.V., Vaquero C.**
Hospital Universitario y Facultad de Medicina. Valladolid. España

10. ANEURISMA DE ARTERIA VISCERAL A PROPÓSITO DE UN CASO.
Autores: **Sáez T., Martel E., García F., López R, Justo I., Hermida M., Volo G., Sotgiu E., Breteau I., Cabrera V., Pérez J.F., Cruz F., Pulido J.M.**
Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. España

11. INFECCIÓN DE PRÓTESIS AORTO-BILÍACA: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.
Autores: Ivone Silva, Rui Almeida, Paulo Almeida, Mergulhao Mendoça
Hospital Gral. Santo António Porto. Portugal

17.00 a 17.30 h. Pausa-Café Salón Taifa

Visita Exposición Comercial

17.30 a 19.30 h. Comunicaciones Libres II Sesión Salón Maspalomas

Moderadores:
Dr. C. Sessa (Francia)
Dr. V. Martín Paredero (España)

9. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA AORTICO ABDOMINAL: RESULTADOS PRECOCES Y ALEJADOS EN 80 CASOS CONSECUTIVOS.

Autores: **Francisco Valdés, Renato Mertens, Albrecht Krämer, Michael Bergoeing, Ricardo Olguin, Rodrigo Sagües, EU Magaly Valdebenito y EU Jeanette Vergara**

Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile. Chile

10. FALLA EN LA FIJACIÓN PROXIMAL DE LAS ENDOPRÓTESIS ANEURX: RESULTADOS USANDO CUFF AÓRTICOS.

Autores: **Brian G. Rubin, Luis A. Sánchez, Leopoldo A. Marine, Juan C. Parodi, Gregorio A. Sicard**

Washington University School of Medicine. St. Louis. EEUU

11. ESTUDIO DE LA ENDOTENSIÓN DEL SACO ANEURISMÁTICO TRATADO MEDIANTE ENDOPRÓTESIS. ESTUDIO EN UN MODELO EXPERIMENTAL EN EL CERDO.

Autores: **Vaquero C., Gutiérrez V., González J.A., Diago M.V., Nuño J., Agudo J., Carrera S.**

Hospital Universitario y Facultad de Medicina. Valladolid. España

12. ANEURISMAS DE AORTA ABDOMINAL DE 3-3.9 CM: RITMO DE CRECIMIENTO y FACTORES ASOCIADOS.

Autores: **Gómez R., Vega de Céniga M., Estallo L., Rodríguez L., Baquer M., Barba A.**

Hospital de Galdakao. Bizkaia. España

13. ANEURISMAS DE PEQUEÑO TAMAÑO. EFECTIVIDAD DE SU TRATAMIENTO COMPARANDO DOS ESTRATEGIAS.

Autores: **Rodríguez Espinosa N., Pañella Agustí F., Hernández Osma E., Admetller Castiglione J., García Vidal R., Mellado Joan M., Martín Paredero V.**

Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII. Tarragona. España

14. TRATAMIENTO DE LOS ANEURISMAS DE AORTA SUPRARRENAL EN PACIENTES CON CIRUGIA PREVIA DE AORTA INFRARENAL.

Autores: **Porto J., Rodríguez Montalbán A., Arroyo A., Montero R., Gil J., Leiva L., Gesto Castromil R.**

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España

15. ANÁLISIS COSTE-EFECTIVIDAD: CIRUGÍA ENDOVASCULAR VS CIRUGÍA CONVENCIONAL EN EL TRATAMIENTO DEL ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL.

Autores: **García-Madrid C., Matute P., Riambau V., Caserta M., Josa M., Mulet J.**

Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. España

16. SARCOMA DE VASOS POPLITEOS. ANALISIS DE DOS CASOS.

Autores: **E.Adeba Vallina, C.Fernández Catalán. B.Bodega, D.García Roves, A. Valle González, M.Alonso Pérez, A. García de la Torre, J.Pacho, Mª Fe Polvorinos, A Barreiro Mouro**

Hospital Central de Asturias. España

08.30 a 10.30 h. Comunicaciones Libres III SESIÓN Salón Maspalomas

Moderadores:
Dr. V. Martín Paredero (España)
Dr. E. Ros Die (España)

17. TRAUMATISMOS ARTERIALES DE LA EXTREMIDAD SUPERIOR.
Autores: **Mosquera Arochena N.J., Martínez Pérez M.**
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. España

18. TRAUMATISMOS VASCULARES CON EXTENSA DESTRUCCIÓN TISULAR: RECONSTRUCCIÓN EXTRAFOCAL.
Autores: **Fernández Fidel, Rodríguez Alejandro, Sellés Fernando, Lara Mª Jesús, Navarro Estrella, Ros Eduardo**
Hospital Clínico San Cecilio. Granada. España

19. ¿ES POSIBLE CICATRIZAR ÚLCERAS O AMPUTACIONES SELECTIVAS EN PIE DIABÉTICO DE ALTO RIESGO (GRADO IV-V DE WAGNER)? SOLUCIÓN: TRIPLE CURA.
Autores: **Chacón-Quevedo A., Vico C., Sanz A., Aranda P., Mataró M.J., Casares J., Concha M.**
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España

20. EVALUACIÓN DE LA CIRUGÍA DE VARICES DE MMII USANDO TRATAMIENTO COMBINADO: CONVENCIONAL y EVLT.
Autores: **Viotto E.F., Moraes A.O., Tavares Jr.R.**
Instituto de Molestias Vasculares de Maringa. Brasil

21. CIRUGIA DE VARICES CON ANESTESIA TUMESCENTE Y TIROCURETA.
Autores: **Roche E., Puig A., Andrés O., Mejía S., Cabot X., Rodríguez J.**
Clínica Plató Fundació Privada. Barcelona. España

22. INTRODUCCIÓN EN CUBA DEL AUTOTRASPLANTE DE CÉLULAS MADRE HEMATOPOYÉTICAS ADULTAS EN PACIENTES CON ARTERIOSCLEROSIS OBLITERANTE CRÍTICA.
Autores: **Artaza H.[2], Hernández P.[1], Poll N.[2], Dorticós E.[1], Hernández C.[1], Cortina L.[1], Lam R.M.[1], Marsán V.[1], Macías C.[1], Sánchez M.[1], Ballester J.M.[1], Del Valle L.[1], Goicochea P.[2], Blanco A.[2], González D.[2], Martínez A.[2], Díaz F.[3]**
1 Instituto de Hematología e Inmunología. 2 Hospital Enrique Cabrera. 3 Cardiocentro pediátrico "William Soler". Cuba

23. ANGIOGÉNESIS TERAPÉUTICA MEDIANTE TRASPLANTE AUTÓLOGO DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS EN LA ISQUEMIA DE MIEMBROS INFERIORES NO REVASCULARIZABLE.
Autores: **Lara Hernández R., Lozano Vilardell P., Riera Vázquez R., Manuel-Rimbau Muñoz E., Julià Montoya J., Corominas Roura C.**
Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca. España

24. ESTUDIO DE "SERIES TEMPORALES": EL ANÁLISIS DEL PASADO AYUDA A ORGANIZAR EL FUTURO.

Autores: **Ortega Martín J.M., Fernández-Samos R., Fernández Moran Mª C., Alonso Álvarez M.I., Zorita Calvo A.M., Martín Alvarez A., Barbas Galindo Mª J., Vaquero Morillo F.**
Hospital de León. España

11.00 h. Jornada de Confraternización

08.30 a 10.30 h. Comunicaciones Libres IV SESIÓN Salón Maspalomas

Moderadores:
Dr. R. Mertens (Chile)
Dr. M. Fernández-Valenzuela (España)

25. USO DE ENDOPRÓTESIS EN EL TRATAMIENTO DE LESIONES NO OCLUSIVAS DEL TERRITORIO ILIACO.
Autores.: **Mertens R., Krämer A., Valdés F., Bergoeing M., Sagües R., Olguín R., Cruz J., EU Magaly Valdebenito y EU Jeanette Vergara**
Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile. Chile

26. DISECCIÓN AISLADA Y ANEURISMA DE LA ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR: DESCRIPCIÓN DE DOS CASOS CLÍNICOS.
Autores: **Luis A. Sanchez, Leopoldo A. Marine, Juan C. Parodi, Gregorio A. Sicard**
Washington University School of Medicine. St. Louis. EEUU

27. ANEURISMA DE ARTERIAS VISCERALES Y PERIFÉRICAS. REPORTE DE CASOS Y DESCRIPCION DE ALTERNATIVAS TERAPEUTICAS.
Autores: **Bautista F., Ramírez J.C., Salinas G., Tan J., Morón J., Freyre H., Salazar M.**
Clínica Maison de Santé. Lima. Perú

28. COMBINACIÓN DE TÉCNICAS ENDOVASCULARES EN FEMORAL SUPERFICIAL Y BYPASS DISTAL DESDE TERCERA PORCIÓN DE POPLITEA.
Arroyo A., Porto J., Gil J., Montero R., Leiva L., Abarrategui C., Gesto R.
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España

29. ¿CUÁNDO ESTÁ JUSTIFICADA LA REVASCULARIZACIÓN EXTRAANATÓMICA ?
Autores: **Baquer M., Gómez R., Salazar A., Estallo L., Rodríguez L., Vega M., Barba A.**
Hospital de Galdakao. Bizkaia. España

30. REPORTE DE CASO CLÍNICO: UNA RARA Y DESCONOCIDA CAUSA DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL AGUDO COMO COMPLICACIÓN ALEJADA DE UN ANEURISMA POPLITEO TRATADO POR EXCLUSIÓN Y BYPASS.
Autores: **Sosa M., Sessa C., Batt M., Bouillane P., Declemy S., Hadssen-Kodja R., Houdebourg P., Planchard P, Thevenin B.**
Hospital San Roque-Centro Hospitalario Universitario de Nisa. Francia

31. NUESTRA EXPERIENCIA EN LOS INJERTOS PROTÉSICOS PARA HEMODIALISIS EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES.
Autores: **Mejia S., Roche E., Foraster A., Carreras J., Escalante E., Sampietro J., Olaya T., Cabot X., Rodríguez J.**
Clínica Plató Fundació Privada. Barcelona. España

32. TRATAMIENTO MÍNIMAMENTE INVASIVO DEL INJERTO FEMORO-POPLITEO CON PTFE TROMBOSADO.

Autores: **Fontcuberta J., Flores A., Orgaz A., Doblas M.**
Hospital Virgen de la Salud. Toledo. España

10.30 a 11.00 h. Pausa-Café Salón Taifa

Visita Exposición Comercial

11.00 a 12.30 h. Mesa Redonda Salón Maspalomas

STENTING CAROTIDEO

Moderador:
Dr. J.C. Parodi (Argentina)

Ponentes:
Dr. G. Siscard (EEUU)
Dr. M. Doblas (España)
Dr. J.C. Parodi (Argentina)

12.30 a 14.00 h. Comunicaciones Libres IV SESIÓN Salón Maspalomas

Moderadores:
Dr. E. Ros Die (España)
Dr. C. Sessa (Francia)

33. ENDARTERECTOMÍA CAROTÍDEA EN MAYORES DE 80 AÑOS.

Autores: **Juan Seitz C.[123], Manuel Espindola S.[1], Gustavo Sepúlveda M.[1], Mauricio Maureira M.[1], Edgardo Sepúlveda C.[1], Mauricio González L[12]., Raúl Vega G[1].**
[1] Hospital Dipreca. [2] Hospital Clínico Universidad de Chile. [3] Clinica Alemana de Santiago. Chile

34. BENEFICIO DE LA ENDARTERECTOMIA CAROTIDEA (EDAc) A CORTO Y LARGO PLAZO EN PACIENTES OCTOGENARIOS.

Autores: **Martín Conejero A., Reina Gutiérrez T.,Sánchez Hervás L., Blanco Cañibano E., Ponce Cano A., Morata Barrado C., Serrano Hernando F.J.**
Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España

35. ATP-STENT CAROTIDEO: SELECCIÓN DE PACIENTES Y RESULTADOS.

Autores: **Vaquero Morillo F., Alonso M.I., Zorita A., Fernández-Samos R., Ortega J.M., Fernández Moran C., González Fueyo M.J.**
Hospital de León. España.

36. PROTECCIÓN CEREBRAL CON FLUJO REVERSO MUESTRA RESULTADOS FAVORABLES EN COMPARACIÓN CON FILTROS EN PACIENTES TRATADOS CON STENT CAROTIDEO.
Autores: **Juan C Parodi, Leopoldo A Marine, Luis A Sánchez, Gregorio A Sicard**
Washington University School of Medicine. St. Louis. EEUU

37. TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD CAROTIDEA ASINTOMÁTICA: RESULTADOS PRECOCES SIMILARES DESPUÉS DE STENTING CAROTIDEO EN PACIENTES DE ALTO RIESGO Y DE ENDARTERECTOMÍA CAROTIDEA EN PACIENTES DE RIESGO STÁNDARD.
Autores: **Leopoldo A Marine, Juan C Parodi, Luis A Sánchez, Gregorio A Sicard**
Washington University School of Medicine. St. Louis. EEUU

38. ECO-DOPPLER COMO ESTUDIO PREOPERATORIO EN LA CIRUGIA RECONSTRUCTIVA MICROQUIRURGICA DE CABEZA Y CUELLO.
Autores: **Rodríguez Montalbán A.Y., Gutiérrez Díaz R., Montalvo J.J., Arroyo Bielsa A., Gesto Castromil R.**
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España

39. ESTUDIO COMPARATIVO DE LA SUTURA DEL REMIENDO DE PTFE EN CAROTIDAS DE CONEJO CON CLIP E HILO MONOFILAMENTAR.
Autores: **Moraes AO, Viotto EF, Tavares Jr R, Montero EF**
Ciudad: Universidad Estadual de Maringá. Brasil
Universidad Federal de Sao Paulo. Brasil

14.00 a 14.30 h. Conferencia Magistral Salón Maspalomas

INSUFICIENCIA VENOSA PÉLVICA

Dr. L. Queral (EEUU)

17.00 h. Asamblea General Salón Maspalomas

21.00 h. Cena de Clausura Casino Palace Gran Canaria

Entrega de Premios y Becas

X CONVENCIÓN CIRUJANOS VASCULARES DE HABLA HISPANA

p a r t i c i p a n t e s

Abarrategui Soria C. (España)
Adeba Vallina E. (España)
Admetller-Castiglione X. (España)
Arroyo Bielsa A.(España)
Artaza H. (Cuba)
Baquer M. (España)
Bautista F. (Perú)
Cenizo N. (España)
Chacon-Quevedo A. (España)
Doblas M. (España)
Domínguez González J.M. (España)
Evangelista A. (España)
Fernández F.(España)
Fernández J.C. (España)
Fernández Valenzuela V. (España)
Fontcuberta J. (España)
García-Fernández F. (España)
García-Madrid C. (España)
Gesto R. (España)
Gil Sales J. (España)
Gómez R. (España)
Gutiérrez Alonso V. (España)
Ibáñez M.A. (España)
Krämer A. (Santiago de Chile)
Lara Hernández R. (España)
Marine L.A. (EEUU)
Martín Conejero A. (España)
Martín Paredero V.(España)
Martínez López C. (México)
Matas M. (España)
Mejia S. (España)
Mertens R. (Chile)
Moraes A.O. (Brasil)
Mosquera Arochena N.J. (España)
Ortega Martín J.M. (España)
Parodi J.C. (EE.UU.)
Porto Rodríguez J.(España)
Queral L. (EE.UU.)
Roche E. (España)
Rodríguez Espinosa N. (España)
Rodríguez Montalbán A.Y. (España)
Ros E. (España)
Rubin B.G.(EEUU)
Sáez T. (España)
Salazar A. (España)
San Norberto E. (España)
Sánchez L.A. (EEUU)
Seitz J.C. (Chile)
Serrano F.J. (España)
Sessa C. (Francia)
Sicard G. (EE.UU.)
Silva I.(Portugal)
Sosa M. (Francia)
Valdés F. (Chile)
Vaquero C. (España)
Vaquero Morillo F. (España)
Vilariño López-Barranco P.(España)
Viotto E.F. (Brasil)

X CONVENCIÓN CIRUJANOS VASCULARES DE HABLA HISPANA

a b s t r a c t s

ANEURISMA DE AORTA TORÁCICA EN UN SÍNDROME DE MARFAN. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR

Gutiérrez Alonso V, González Fajardo JA, Ibáñez M, Cenizo N, San Norberto E, Del Blanco I, Del Río L, Vaquero C
Hospital Clínico Universitario de Valladolid. España

Las enfermedades del colágeno se asocian frecuentemente a patología cardiovascular cuyo tratamiento quirúrgico presenta a menudo severas complicaciones, y el tratamiento endovascular se ve dificultado por la mala navegación a través de tales arterias con grandes posibilidades de ruptura.

Presentamos el caso de una paciente con síndrome de Marfán, con un aneurisma de aorta torácica.

Tres años antes se intento su tratamiento que fue imposible por una hipoplasia ilíaca y femoral, rasgándose la ilíaca externa, lo que obligó a suspender el procedimiento y reparar la arteria mediante la colocación de una endoprótesis.

En su seguimiento se comprobó mediante TAC un crecimiento importante del aneurisma, por lo que se decidió la su tratamiento, por vía ilíaca izquierda (retroperitoneal). La arteria ilíaca fue preparada mediante dilataciones, logrando el paso finalmente del dispositivo.

El tratamiento endovascular es un procedimiento menos invasivo que la cirugía, sin embargo muchos autores lo rechazan en el Síndrome de Marfan ya que la navegación por estas arterias ofrece muchas posibilidades de rotura arterial, pero la mortalidad del procedimiento quirúrgico electivo según la Cleveland Clinic alcanza el 12%, y hasta el 70% en casos de ruptura contenida. La mortalidad del procedimiento endovascular es del 9 %, y en caso de ruptura el 25%. La incidencia de paraplejia con la cirugía oscila entre el 4,5% a 21% disminuye al 1%. Los resultados a largo plazo de estos procedimientos no son muy conocidos, pero nos permite resolver una grave situación de forma menos invasiva, con buen resultado, y en caso de fracaso, repetitiva.

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LOS TRAUMATISMOS DE AORTA TORÁCICA

José Manuel Domínguez González, Valentín Fernández Valenzuela, Jordi Maeso Lebrun, José María Fuentes Pérez, Víctor González Martínez, Manuel Matas Docampo.
Hospital General Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. España

Objetivo: Evaluar resultados inmediatos y tardíos de los traumatismos de la aorta torácica tratados con endoprótesis aórtica.

Material y métodos: 12 pacientes (11 varones y 1 mujer) con 13 procedimientos. Edad media de 36 años. Mecanismo de producción: accidente de tráfico (9), laboral (2) y precipitación (1). Localización: infrasubclavia 7 y yuxtasubclavia 5. Tipo de lesión: rotura o disección de aorta torácica aguda/subaguda 10 y falso aneurisma crónico traumático 2. Diagnóstico: angioTAC en el 100% de casos, ecocardio transesofágico en 82% y arteriografía centimetrada en 41%. Vía de abordaje: bifemoral en 11, femoral y braquial en 1 y retroperitoneal en 1. El procedimiento se practicó en fase aguda en 4 casos, fase subaguda en 6 y fase crónica en 2. Se han colocado 10 endoprótesis rectas y 3 cónicas (7 Talent y 6 ExcluderTag). Seguimiento clínico, Rx y AngioTAC torácico.

Resultados:
Inmediatos: permeabilidad 100%, mortalidad 0%, morbilidad (Oclusión intencionada arteria subclavia izquierda 5 [38.4%], reparación arteria femoral común 4 [30.7%], no paraplejias). Fuga tipo I en 1 caso crónico que obligó a reintervención y colocación de una segunda endoprótesis.
Seguimiento medio 24.1 meses (Rango 72-1): permeabilidad 100% (1 caso con trombosis parcial de la luz aórtica asintomática), mortalidad 0%, complicaciones tardías 8% (Claudicación invalidante de extremidad superior izquierda que requirió bypass carótido-subclavio izquierdo en 1 caso). No evidencia de fugas ni alteraciones estructurales de las prótesis.

Conclusiones: El tratamiento endovascular en traumatismos de aorta torácica tanto agudos como crónicos es un excelente tratamiento dados sus buenos resultados inmediatos y tardíos.

STENT CAROTIDEO COMO PROCEDIMIENTO DE RESCATE ANTE DIFICULTADES EN LA REALIZACIÓN DE ENDOPRÓTESIS TORÁCICA. DESCRIPCIÓN DE DOS CASOS CLÍNICOS.

Gregorio A Sicard, Leopoldo A Marine, Luis A Sanchez, Juan C Parodi
Washington University School of Medicine, St. Louis, MO. EE. UU.

OBJETIVOS: La anatomía del arco aórtico y la longitud del cuello proximal presentan limitaciones para la colocación de endoprótesis torácicas. Describiremos dos casos de stent carotideo como salvataje ante oclusión de arterias carótidas comunes izquierdas por endoprótesis torácicas.

Caso 1: Hombre de 22 años que sufre accidente automovilístico. Tomografía demostró transección de la aorta distal a la arteria subclavia izquierda, realizándose reparación quirúrgica. Control tomográfico al mes presenta pseudoaneurisma anastomótico. Tratamiento endovascular con colocación de cuff aórtico Gore Excluder observándose persistencia de endoleak. Se colocó un segundo cuff proximal. Angiografía mostró oclusión parcial por endoprótesis del origen de carótida común izquierda. A través de abordaje en la base del cuello, se colocó stent balón expandible en carótida común izquierda protruyendo hacia el arco.

Caso 2: Mujer de 77 años con aneurisma de aorta descendente distal al origen de arteria subclavia izquierda. Tratamiento endovascular endoprótesis Talent. Seis meses después consultó por disnea y dolor toráxico. Tomografía mostró Endoleak tipo I proximal y crecimiento del aneurisma. Se realizaron accesos: quirúrgicos de la arteria femoral derecha y carótida común izquierda, y percutaneo de la femoral izquierda. Por punción retrograda de la carótida se avanzó guía hacia el arco como referencia de localización del ostium. Colocación de endoprótesis Talent y de stent de Palmaz. Arteriografía retrograda desde la carótida mostró oclusión parcial del origen de ésta. Colocación de stent carotideo balón expandible en la carótida común proximal protruyendo hacia el arco, de manera de abrir el ostium carotideo.

DISCUSIÓN: En la colocación de endoprótesis torácicas pueden ocurrir complicaciones mayores por oclusión de ramas supra-aórticas. La exposición de la arteria carótida común izquierda en la base del cuello y su posterior canulación retrograda deben considerarse un recurso más en casos complejos.

COMPLICACIÓN TARDÍA DE UNA DISECCIÓN CRÓNICA TIPO B TRATADA CON ENDOPRÓTESIS

JC Fernandez, P Vilario, E Díaz Vidal, RJ Segura
CHU Juan Canalejo. A Coruña. España

Resumen: Se presenta una complicación al ao de la exclusión de una disección artica tipo B. Mujer de 48 años hipertensa y fumadora con clínica episódica de dolor torácico y elevación tensional en relación a disección de aorta torácica descendente sin respuesta a tratamiento médico. Los estudios de imaagen pretratamiento inicial mostraron un diámetro de la aorta torácica de 55 mm y una progresión de la disección desde la arteria subclavia izquierda hasta los ejes ilíacos involucrando a las arteria viscerales. Se realizó en febrero de 2004 un tratamiento endovascular mediante implante de una endoprótesis Talent 26mmx11.6 cm con soporte ecográfico peroperatorio. A los 6 meses el control de imagen es satisfactorio, pero en el tac de los 12 meses se observa una imagen de pseudoaaneurisma sobre la falsa luz de la aorta torácica descendente de unos 23 mm de diámetro. Se procede al implante de una endoprótesis cnica de 31 mmx26mm .Exito técnico. Se muestran las peculiaridades técnicas de esta reintervención y el resultado a 6 meses del segundo procedimiento, asi como los cambios observados durante este período en la falsa luz.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA COARTACIÓN TÓRACO-ABDOMINAL EN 27 PACIENTES: EXPERIENCIA DE 25 AÑOS.

Albrecht Krämer, Francisco Valdés, Renato Mertens y Michel Bergoeing.
Hospital Clínico, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile.

La coartación de la aorta tóraco-abdominal (CAoTA) es una patología infrecuente cuya manifestación habitual es la hipertensión arterial.

Objetivos: revisar los resultados del manejo quirúrgico de estos pacientes complejos tratados durante los últimos 25 años.

Material y método: análisis retrospectivo de los antecedentes clínicos, angiográficos y operatorios, seguimiento personal o por contacto telefónico con el paciente o su médico tratante.

Resultados: a partir de 1980 operamos 27 pacientes (70% mujeres) de edad 27 ± 17.7 años por CAoTA. La indicación quirúrgica más frecuente fue hipertensión arterial (96%) con o sin claudicación intermitente. Etiología: arteritis de Takayasu (63%), hipoplasia de la aorta (18.5%) y otras (18.5%). Efectuamos 22 puentes toracoabdominales, 1 plastía aórtica y 4 puentes axilo-bi-femorales y en 13 se asocia algún tipo de revascularización visceral. No hubo mortalidad operatoria. Un 93% de los pacientes tiene seguimiento actualizado (promedio de 10.7 años, rango1-25.4 años). Se reintervienen 6 pacientes por problemas alejados derivados del puente aórtico y en 4 se practican procedimientos renales adicionales. La hipertensión arterial inicial mejoró o se hizo más controlable en todos los casos tratados. Tres pacientes fallecen tardíamente, uno por infarto miocárdico, una sepsis y una muerte súbita entre 1 y 10 años del postoperatorio.

Conclusiones: la corrección quirúrgica de la CAoTA corrige la hipertensión arterial secundaria y resuelve la claudicación. Los resultados alejados son muy satisfactorios, exigiendo un seguimiento periódico con imágenes para evidenciar un posible deterioro del material protésico empleado, dada la prolongada sobrevida de estos jóvenes pacientes.

ANEURISMA TORACOABDOMINAL. RESECCIÓN QUIRÚRGICA MEDIANTE PERFUSIÓN VISCERAL CONTÍNUA Y PRÓTESIS MULTIRRAMA.

Gesto R, Porto J, Rodríguez de la Calle J, Arroyo A, Rodríguez Montalban A, Carmona S.
Hospital 12 de Octubre. Madrid. España.

La isquemia visceral durante la resección quirúrgica de los aneurismas toracoabdominales es uno de los problemas más importantes en esta cirugía y que conlleva una alta morbimortalidad. La isquemia renal prolongada aún con protección renal con suero frío y heparina se asocia a necrosis tubular con insuficiencia renal grave que puede llevar incluso al fracaso renal permanente. La isquemia hepática se asocia en un alto porcentaje con alteraciones en la funcionalidad hepática y trastornos de la coagulación, de difícil manejo en el postoperatorio inmediato. Además el síndrome post-revascularización visceral provoca un tercer espacio intraabdominal que dificulta el manejo hemodinámico del paciente. Todos estos factores determinan la alta morbimortalidad del procedimiento.

Material y Método: En los últimos tres aneurismas toracoabdominales operados en el Servicio hemos incorporado un sistema de perfusión de las arterias viscerales mediante un catéter de oclusión irrigación de cuatro ramas desde la arteria axilar izquierda. Estos catéteres, de un calibre de 12 f, permiten un flujo suficiente para mantener una correcta perfusión visceral. Además utilizamos una prótesis de dacron/gelatina modelo Coselli que lleva preanastomosadas 4 ramas que permiten una revascularización secuencial de las a. viscerales con lo que se evita las grandes ventanas sobre pared aneurismática para reimplante de las mismas.

Resultados: En los tres enfermos, han sido excelentes con cifras de creatinina dentro de la normalidad en el postoperatorio. Normalidad de la función hepática. Extubación en las primeras 24 horas. Cómodo manejo hemodinámico per y postoperatorio. No déficits sensitivo/motores.

Conclusiones: Estas medidas junto con otras ya utilizadas como la vía retroperitoneal, monitorización de la presión y drenaje del LCR y protocolo farmacológico de lesión medular aguda permiten disminuir de forma importante la morbimortalidad del proceso. Como inconvenientes, un mayor tiempo quirúrgico y mayor dificultad técnica en principio.

INFECCIONES DEL INJERTO PROTÉSICO TRAS CIRUGÍA DE AORTA ABDOMINAL

Salazar A, Gómez R, Baquer M, Estalló L, Rodríguez L, Vega M, Barba A.
Hospital de Galdakao Bizkaia. España

OBJETIVO: Analizar nuestra experiencia en el tratamiento de la infección del injerto protésico tras cirugía de aorta abdominal.

PACIENTES Y MÉTODOS

De 328 pacientes sometidos a reconstrucción mediante injerto aórtico , cinco pacientes (1,5%) presentaron infección del mismo . Tres pacientes se habian intervenido por Aneurisma de aorta abdominal y 2 pacientes por patología obliterante MMII. Sexo: 4 varones y 1 mujer. Edad media : 67,9 años (rango, 44-86 años). Tiempo medio de diagnóstico entre cirugía e infección : 4 años (rango: 2 meses-10 años).

Precoz: primeros 4 meses, 1 paciente (20%), tardía: en 4 casos restantes (80%)Clínica:Fístula cutánea inguinal en 3 pacientes(60%) y síndrome febril en 2 (40%).Cultivo prótesis negativo en tres pacientes (60%) y positivo en dos (40%), para E. Coli y Candida Krusei.Cultivo exudado inguinal positivo en tres pacientes (60%) para Staphilococo .Diagnóstico mediante TAC, Gammagrafia con leucocitos y Fistulografía . El tratamiento instaurado fue antibioticoterapia de amplio espectro hasta confirmar gérmen ,instaurando tras tipaje antibioterapia selectiva, las primeras 6 semanas por vía intravenosa y 6 meses por vía oral, junto con la extracción de la prótesis infectada y la realización de un bypass axilobifemoral.

RESULTADOS

La mortalidad precoz fue 20% , el paciente falleció debido a un shock séptico. No hubó pérdidas de extremidad .Durante el seguimiento a largo plazo ninguno de los 4 pacientes presentó nuevas complicaciones infecciosas.

CONCLUSIONES

El tratamiento mediante extracción de la prótesis , reconstrucción extraanatómica y tratamiento antibiótico prolongado constituye una opción adecuada en el tratamiento de esta grave complicación.

RELACIÓN ENTRE LOS ANEURISMA DE LA AORTA ABDOMINAL Y LOS NIVELES SERICOS DE METALO-PROTEINASAS 2 Y 9

Carlos Martínez López, Jesús A. Muñoz Martínez
Hosp. Especialidades Centro Médico Nacional. México D.F.

El objetivo de este estudio es demostrar que existen alteraciones en los niveles séricos de las metaloproteinasas 2 y 9 en los pacientes con aneurisma de aorta abdominal, enfermedad aorto iliaca, y las alteraciones que existen en los pacientes ya intervenidos quirurgicamente de resección de aneurisma de aorta. Así mismo ver la relación que existe entre los niveles de metaloproteinasas 2 y 9, y el tamaño de los aneurismas.

Material y métodos: De Enero a Marzo del 2002, se determinaran los niveles séricos de metaloproteinasas 2 y 9 en cuatro grupos de pacientes, grupo I paciente control, grupo II paciente con ateroesclerosis generalizada, grupo III paciente con aneurisma de aorta abdominal, Grupo IV paciente ya intervenidos quirúrgicamente de resección de aneurisma de aorta abdominal.
Se determinaron los niveles de metaloproteinasas 2 y 9 bajo técnica de ELISA, con reactivo para metaloproteinasa 2 y metaloproteinasa 9, tomando con valores normales Metaloproteinasa 2: 15.1 a 20.5 ng/ml; y para Metaloproteinasa 9: 140 a 170 ng/ml.

Resultados: Se analizaron un total de 38 pacientes, grupo I: 9 pacientes, grupo II: 10 pacientes, grupo III: 9 pacientes y grupo IV: 10 pacientes. Edad promedio de 65 años. En los niveles séricos de metaloproteinasa 2 se observó, en grupo control un promedio de 20.3 ng/ml. Para el grupo de enfermedad ateroesclerótica aortoilíaca tuvo un promedio de 29.4 ng/ml; En el grupo III un promedio de 29.4 ng/ml; y grupo IV un promedio de 27.3 ng/ml. Se observó además que la elevación de metaloproteinasa estuvo directamente relacionado a la afección ateroesclerótica. Además se observó un incremento directamente proporcional entre los niveles de metaloproteinasa y el tamaño de los aneurisma. La metaloproteinasa 2 permaneció elevada independientemente del tiempo de realizada la cirugía.
En los niveles de metaloproteinasa 9 el promedio en grupo I fue 142.5 ng/ml; En grupo II 202.1 ng/ml; grupo III 256.1 ng/ml; En grupo IV 159.5 ng/ml. Se observó un aumento de la metaloproteinasa 9 directamente relacionado a la afección ateroesclerótica, así mismo existió un aumento directamente relacionado y muy importante entre la metaloproteinasa 9 y el tamaño del aneurisma de aorta abdominal. Con respecto a los pacientes ya intervenidos de resección de aneurisma de aorta se observó uns disminución muy importante hasta llegar a límites normales a mayor tiempo de su cirugía.

Conclusiones: Las metaloproteinasas 2 y 9 se elevan en los pacientes con afección ateroesclerótica, relacionandose directamente con el grado de afección con la afección. Pacientes con aneurisma de aorta abdominal elevan los niveles séricos de metaloproteinasas 2 y 9, siendo esta más importante y de mayor relación con aneurismas de mayor tamaño. Existió una disminución de los niveles séricos de metaloproteinasa 9 en relación al tiempo transcurrido de la intervención quirúrgica.
Actualmente no existe un marcador para seguimiento de los pacientes de aneurisma de aorta abdominal, por lo que los niveles séricos de las metaloproteinasas, predominantemente la 9, pudiera ser un marcador, para lo cual se requiere de mas estudios que lo confirmen.

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA AORTICO ABDOMINAL: RESULTADOS PRECOCES Y ALEJADOS EN 80 CASOS CONSECUTIVOS

Francisco Valdés, Renato Mertens,, Albrecht Krämer , Michel Bergoeing, Ricardo Olguín, Rodrigo Sagües , EU Magaly Valdebenito y EU Jeanette Vergara.
Facultad de Medicina y Hospital Clínico.
Pontificia Universidad Católica de Chile. Chile

La cirugía endovascular (CE) reduce la morbimortalidad operatoria y la hospitalización en pacientes con aneurisma aórtico abdominal (AAA).

Objetivo: analizar nuestros resultados en pacientes con AAA tratados con CE. Pacientes y Métodos: Estudio prospectivo. La evaluación preoperatoria incluyó tomografia computada (TC) y/o aortografía biplanar. El procedimiento se efectúo en quirófano, bajo anestesia de conducción, usando angiógrafo digital. Usamos endoprótesis modular transfemoral (81% Zenith-Cook®). El seguimiento incluyó TC anual.

Resultados: Entre 9/1997 y 2/2005 operamos 333 AAA, 80 (24.2 %) con CE. (96.2% varones, 52-91 años). El 38.3% en categoria ASA III. El AAA midió 5.8±1.1 cm, Exito técnico 98.7%. Instalamos 67 endoprotesis bifurcadas (83.4%), 12 aortouniiliacas y un tubo. El procedimiento duró 147±71min. La estadía postoperatoria fue 75.6 hrs (promedio). El 90% no requirió transfusion. Un paciente fallece antes de 30 dias (1.2%) por IAM. Al alta se demostró endofuga tipo II en 29%, en el ultimo control solo en 9%. Durante el seguimiento (98.6%,, 1-90 meses,) fallecen 6 pacientes (entre 3.5 y 52 meses) sin relación con su AAA. La sobrevida a 5 años es 75.7%, y la sobrevida libre de nuevos procedimientos endovasculares o conversion a cirugía abierta es 82.7% y 98.7% respectivamente. No hubo rupturas.

Conclusión: La CE excluye efectivamente el AAA, evita cirugía mayor y abrevia la hospitalización.. La sobrevida observada es satisfactoria considerando la edad y comorbilidades asociadas. El seguimiento con imágenes permite la corrección de posibles complicaciones tardías.

FALLA EN LA FIJACIÓN PROXIMAL DE LAS ENDOPRÓTESIS ANEURX: RESULTADOS USANDO CUFF AORTICOS

Brian G Rubin, Luis A Sanchez, Leopoldo A Marine, Juan C Parodi, Gregorio A Sicard
Washington University School of Medicine, St. Louis, MO. EE. UU.

OBJETIVOS: La falla en la fijación proximal de las endoprótesis áorticas abdominales es una complicación devastadora asociada con cuellos proximales inhóspitos, colocación subóptima y migración del dispositivo. Evaluaremos el cuff transrenal Talent en comparación con cuffs aórticos infrarenales para tratamiento de AneuRx disfuncionantes.

MATERIAL Y MÉTODO: Se revisaron las bases de datos de dos centros médicos terciarios identificándose pacientes con endoprótesis AneuRx(577). En el seguimiento, 30 pacientes(5%) desarrollaron falla de fijación proximal(endoleaks I o III) y/o migración caudal que requirió tratamiento. Estos pacientes fueron tratados con cuffs infrarenales(15), cuffs Talent(8), dispositivos aortouniiliacos(1), dispositivos bifurcados(2) o conversión quirúrgica(4). La falla de tratamiento con cuff aórtico se definió como migración de endoprótesis, endoleaks I o II, o su combinación.

RESULTADOS: De los 26 casos tratados, la indicación fue migración en 92%, endoleak tipo I(54%) y tipo II(19%). Éxito técnico de 100%. Seguimiento de 25.7±14.3 meses, sin diferencia en periodo libre de procedimiento secundario entre estos grupos(85.7 vs. 90.9 a 12 meses). No hubo mortalidad ni complicaciones mayores perioperatorias. Presentaron falla de tratamiento: 4/8 casos(50%) de cuffs Talent a 15.4±8.0 meses de seguimiento post-procedimiento secundario y en 2/15 casos(13.3%) de cuffs infrarenales a 13.5±11.5 meses.

CONCLUSIONES: La intervención secundaria en endoprótesis disfuncionantes con cuff aórticos tiene un riesgo moderado de recurrencia. Lo cuffs Talent con fijación transrenal no mostraron ventajas respecto a los de fijación infrarenal, incluso con resultados sorpresivamente peores. El uso de injertos transrenales aortouniiliacos tal vez sea una mejor opción para estos pacientes.

ESTUDIO DE LA ENDOTENSION DEL SACO ANEURISMATICO TRATADO MEDIANTE ENDOPROTESIS. ESTUDIO EN UN MODELO EXPERIMENTAL EN EL CERDO

Vaquero C, Gutierrez V, Gonzalez JA, Diago MV, Nuño J, Agudo J, Carrera S.
Hospital Universitario y Facultad de Medicina. Valladolid. España

Introducción: La endotensión es un fenómeno que se crea a nivel del saco aneurismático excluido mediante endoprótesis cuya existencia no esta admitida de forma generalizada y que se la relaciona con la evolución del saco aneurismático y sus posibles complicaciones una vez tratado endovascularmente.

Material y métodos: Se realiza un estudio experimental en el cerdo en un modelo desarrollado quirúrgicamente a nivel de la aorta abdominal mediante la colocación de un parche de ampliación de la luz. En el mismo acto operatorio se implantaba un sensor de medición de presión por telemetría. Posteriormente a los 7 días se expluía el aneurisma creado mediante la implantación de una endoprótesis recta Wall-graft de 12 mm de diámetro y 30 mm de longitud. Mediante la utilización de un sistema de telemetría con programa informático y con el animal en libertad se realizaron las mediaciones de la presión intrasacular previa a la colocación de la endoprótesis y en periodos posteriores en situaciones de normo, hipo e hipertensión sistémica inducidas farmacológicamente. De la misma forma se midieron las presiones en relacion con otras situaciones relacionadas con el ritmo circadiano del animal en periodos de vigilia y sueño.

Resultados y discusión: Los resultados mostraron la dependencia de la presión intrasacular de la presión sistémica comprobándose la relación directa en sus fluctuaciones fisiológicas provocadas dependiendo la intrasacular de la sistémica. De la misma forma la comunicación entre saco excluido y circulación sistémica tiene una clara relación directa entre los dos espacios, aneurismático y circulatorio sistémico. Las situaciones de fugas o leaks se muestran claramente como sistemas que provocan la endotensión, pero que su existencia con un sistema de escape disminuyen las cifras tensionales.

Discusión: Parece mostrarse en el estudio una clara correspondencia entre la presión sistémica y del saco ocluido y de la misma forma esta correlación queda mas latente con la existencia de fugas. La presión disminuye cuando existen válvulas de escape, pudiéndose mostrar a nivel clínico como un sistema de liberación tensional que pueda mostrarse como un sistema de protección ante la posibilidad del desarrollo de posibles complicaciones derivadas del exceso de presión intrasacular.

ANEURISMAS DE AORTA ABDOMINAL DE 3-3.9 CM: RITMO DE CRECIMIENTO Y FACTORES ASOCIADOS

Gómez R, Vega de Céniga M, Estallo L, Rodríguez L, Baquer M, Barba A.
Hospital de Galdakao, Vizcaya. España

Objetivo: Conocer el ritmo de crecimiento de aneurismas de aorta abdominal infrarrenal (AAA) de 3-3.9 cm e intentar identificar factores que puedan influir en el mismo.

Pacientes y métodos: Realizamos un seguimiento periódico de nuestros pacientes con AAA 3-3.9 cm (Enero/88-Agosto/04). Registramos: factores de riesgo cardiovascular (FRCV), características clínicas, diámetros sucesivos del AAA, cirugías. Calculamos el crecimiento medio (CM) (mm/año). Análisis estadístico: chi-cuadrado, t de Student, tablas de vida, regresión.

Resultados: Se incluyeron 246 pacientes: 235 hombres (95.5 %), 11 mujeres (4.5 %). Seguimiento: 57.6 +/- 38 meses. (6.3-199.8). CM: 2.07 +/- 3.23 mm/año. Los AAA de 3.5-3.9 cm presentan un CM mayor que aquellos de 3-3.4 cm (2.80 +/- 4.19 *v*. 1.65 +/- 2.41, *p*=0.007).
Alcanzan 5 cm en seguimiento: 36 (14.6 %). Meses diagnóstico -5 cm (*n*=36): 49.7 +/- 21.6 meses. Se mantienen <5 cm: 100 % al año, 97.6 % a los 2 años y 82.4 % a los 5 años.
Analizamos la influencia de los FRCV y comorbilidad en el CM de los AAA:

		CM (mm/año)	*P*
Sexo	Hombres Mujeres	2.07 ± 3.25 2.8 ± 2.74	*0.99*
Tabaquismo	Sí No	1.87 ± 2.03 2.18 ± 3.69	*0.47*
HTA	Sí No	2.07 ± 2.68 2.08 ± 3.70	*0.99*
Diabetes mellitus	Sí No	1.72 ± 2.34 2.15 ± 3.38	*0.42*
Hipercolesterolemia	Sí No	2.25 ± 2.54 2.05 ± 3.43	*0.84*
EPOC	Sí No	2.01 ± 2.35 2.10 ± 3.51	*0.85*
IRC (Cr>=1.5 mg/dL)	Sí No	3.63 ± 6.16 1.78 ± 2.20	***0.001***
Isquemia crónica MMII (IC)	Sí No	1.69 ± 2.35 2.48 ± 3.91	***0.05***

Conclusiones: Los AAA 3-3.9 cm crecen despacio, con muy baja probabilidad de alcanzar un tamaño quirúrgico en 5 años. El ritmo de crecimiento es mayor en aquellos AAA con un diámetro próximo a 4 cm y en pacientes con IRC, y es menor en pacientes con IC, sin influencia de los FRCV típicos.

ANEURISMAS DE PEQUEÑO TAMAÑO. EFECTIVIDAD DE SU TRATAMIENTO COMPARANDO DOS ESTRATEGIAS.

N. Rodríguez-Espinosa, F. Paella-Agust, E. Hernández-Osma, J. Admetller-Castiglione, R. García-Vidal, M. Mellado-Joan, V. Martín-Paredero
Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII. Tarragona, España

Introducción. El tratamiento terapéutico de los aneurismas de aorta abdominal de pequeño tamaño sigue siendo un tema controvertido. Hemos comparado la efectividad de dos estrategias, seguimiento o cirugía precoz en el manejo de los aneurismas de aorta abdominal de 45 mm de diámetro mediante un análisis de decisión.

Pacientes y métodos. Mediante un modelo de Markov hemos analizado la efectividad del seguimiento de los aneurismas de aorta abdominal de 45 mm de diámetro comparándola con la efectividad de la ciruga precoz. Partimos de un hipotético paciente varn de 70 años con bajo riesgo quirúrgico que es seguido hasta su fallecimiento. Los diferentes estados de salud por los que el paciente puede pasar según la estrategia adoptada y la probabilidad de transición hacia cada uno de ellos han sido obtenidos de los diferentes estudios publicados en la literatura mundial. La efectividad de la estrategia adoptada se ha expresado en años ganados ajustados por calidad (QALY o AVAC).

Resultados. Tras el análisis antes mencionado, la estrategia seguimiento es la más efectiva en el tratamiento de los aneurismas de 45 mm de diámetro.

Conclusiones. El cálculo de la efectividad de un procedimiento clínico se ha convertido en un elemento indispensable de la práctica clínica diaria. Los modelos de Markov permiten la evaluación de la efectividad y la comparación de diferentes alternativas diagónsticas o terapéuticas, lo que facilita la toma de decisiones clínicas basándose en términos de efectividad o coste/efectividad.

TRATAMIENTO DE LOS ANEURISMAS DE AORTA SUPRARRENAL EN PACIENTES CON CIRUGÍA PREVIA DE AORTA INFRARENAL.

Porto J, Rodríguez Montalban A, Arroyo A, Montero R, Gil J, Leiva L, Gesto Castromil R.
Hospital 12 de Octubre. Madrid. España

Objetivos: comunicar nuestra experiencia reciente en el tratamiento de aneurismas suprarrenales en pacientes sometidos previamente a cirugía de aorta abdominal.

Casos clínicos: Desde Mayo 2002 a Mayo 2004 hemos diagnosticado y tratado 3 pacientes, edad media 72 años, portadores de aneurismas de aorta suprarrenal, en la evolución tardía (rango 7-12 años) de la cirugía de un AAA (2 casos) o de una oclusión aórtica yuxtamesentérica superior. El diámetro medio de los aneurismas fue de 69 mm (62-75). Los 3 pacientes eran ASA IV (hemodiálisis 1, Cardiopatía isquémica no revascularizable 1, EPOC severo 1). El paciente en diálisis fue tratado con implantación de endoprótesis Talent cónica con stent libre supramesentérica superior a través de rama derecha de bypass aortobifemoral previo; alta sin complicaciones en 4º día. Los otros 2 pacientes fueron intervenidos mediante abordaje retroperitoneal izquierdo, clampaje aórtico supramesentérico o supracelíaco, perfusión continua de suero frío en ambas arterias renales, anastomosis proximal incluyendo viscerales y renal derecha, y reimplantación o bypass renal izquierdo. El tiempo medio de clampaje visceral y renal derecho fue de 50 mn, aórtico distal 68 mn, y renal izquierdo 117 mn. Ningún paciente falleció. La estancia postoperatoria fue de 11 y 32 días. Los 2 pacientes intervenidos experimentaron complicaciones significativas.

Conclusiones: Pacientes de alto riesgo quirúrgico pueden ser tratados de aneurismas suprarrenales con razonables resultados. La disponibilidad de múltiples opciones terapéuticas debería permitirnos adaptarlas a las necesidades individuales de cada paciente particular. La incidencia en evolución de estas complicaciones hace aconsejable su búsqueda sistemática mediante TAC seriados.

ANALISIS COSTE-EFECTIVIDAD: CIRGÍA ENDOVASCULAR VS CIRUGÍA CONVENCIONAL EN EL TRATAMIENTO DEL ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL

C. García- Madrid, P. Matute, V Riambau, G Caserta, M Josa, J Mulet
Hospital Clínic de Barcelona. España

Objetivos: Evaluación económica por procesos comparando cirugía convencional (CC) y cirugía endovascular (EVR) en el tratamiento del aneurisma de aorta abdominal. Nos basamos en resultados clínicos a corto y medio plazo obtenidos de un estudio de cohorte con pacientes con aptos para ambas técnicas.

Pacientes y métodos: El formato de análisis económico coste-efectividad (ACE) fué el utilizado para medir costes y resultados de dos procedimientos alternativos. Realizamos una selección previa del total de AAA intervenidos para obtener dos grupos de pacientes similares y aptos para ambas técnicas (n=150) intervenidos de forma consecutiva y concurrente durante el periodo 2000-2003: 56 fueron tratados mediante CC y 94 mediante EVR. El análisis de los resultados clínicos a medio plazo se lleva a cabo mediante curvas de Kaplan-Meier y test de log-rank. El estudio económico analizó coste-efectividad en años-vida ganados e incluyó el coste explicito ambos procedimientos alternativos.

Resultados: La mortalidad precoz fué inferior para el grupo EVR aunque no estadísticamente significativa (5% CC vs 1% EVR, p= 0.110). La técnica EVR supuso una reducción de tiempo quirúrgico, UCI y estancia hospitalaria. El análisis de supervivencia acumulada a 3 años no mostró diferencias (p=0.75).

Conclusiones: Los beneficios del tratamiento endovascular del AAA dependen de una reducción de la morbi-mortalidad combinada, la cual está en relación con la con la incorporación de las nuevas endoprótesis y mayor experiencia del equipo quirúrgico. En función de los resultados, cada centro puede analizar: a) coste vidas ganadas/ muertes evitadas y b) coste/ año de vida ganado.

SARCOMA DE VASOS POPLITEOS. ANÁLISIS DE 2 CASOS

E. Adeba Vallina, C. Fernández Catalán, B. Bodega, D. García Rovés, A. Valle González, M. Alonso Pérez, A. García de la Torre, J . Pacho, Mª Fe Polvorinos, A.Barreiro Mouro.
Hospital Central de Asturias. España

Los tumores vasculares malignos son extremadamente raros, siendo excepcional la afectación de los vasos poplíteos.

Presentamos dos casos de sarcoma de arteria y de vena poplítea en dos pacientes de 83 y 56 años, que debutaron con clínica de TVP con evolución desfavorable al tratamiento convencional, asociado a una tumoración en hueco poplíteo.

El diagnóstico se realizó por RNM en ambos casos, uno de ellos presentaba una masa hipervascularizada en la arteriografía.

El tumor que afectaba a la arteria poplítea se extirpó y se interpuso un injerto de PTFE, la necrosis tumoral aparentaba la rotura de un aneurisma popliteo, siendo el diagnostico definitivo al estudiar la pieza extirpada. El tumor de la vena poplítea se extirpó completamente existiendo trombo intraluminal de características malignas.

El estudio histológico demostraba un sarcoma pleomórfico de arteria poplítea, indicándose la amputación de la extremidad ante el grado de histológico de malignidad a lo que se negó el paciente en un principio. La tumoración de vena poplítea resulto ser un sarcoma intimal, tratado con quimioterapia postoperatoria. El paciente del sarcoma arterial aceptó la amputación a los 6 meses por presentar dolor severo y ulceración del tumor, con un seguimiento posterior de 3 meses. La paciente del sarcoma intimal falleció a los 19 meses de la intervención con metástasis pulmonares.

Conclusiones. Son tumores de mal pronostico a pesar de su extirpación radical con facilidad para provocar complicaciones metastáticas o recidivas locales a pesar del tratamiento coadyuvante con quimioterapia.

TRAUMATISMOS ARTERIALES DE LA EXTREMIDAD SUPERIOR

Mosquera Arochena, NJ - Martínez Pérez, M
Hospital Clínico-Universitario de Santiago de Compostela. España

Introducción: La lesión arterial es una eventualidad grave dentro de la patología traumática que tiene mayor repercusión en la extremidad superior. Las lesiones asociadas, en muchas ocasiones, agravan el pronóstico impidiendo su recuperación funcional.

Objetivo: Estudiar estos traumatismos arteriales y los factores que permitan mayor precisión en la valoración pronóstica y actitud terapéutica.

Material y Métodos: Se estudian 78 pacientes con traumatismo arterial, tipo de lesión, lesiones asociadas, técnica reconstructiva y tiempo de evolución, discutiéndose la actitud terapéutica considerando viabilidad, utilidad de la extremidad y complicaciones.

Resultados: Etiología más frecuente: accidente laboral (25%) y de tráfico (24,5%). La arteria Humeral (62,8%), la más afectada y lesión incisa (44,1%) y arrancamiento (28,8%) las más frecuentes. Como lesiones asociadas: nerviosa (27,2%), muscular (21,9%) y venosa (20,2%). El tiempo de evolución fue en el 65,2% menos de tres horas. El injerto venoso fue la reconstrucción arterial más practicada (41%). Como técnicas asociadas: reparación nerviosa (29,5%) y osteosíntesis (19,2%). Se consideró inviable la extremidad en el 2,5%. Se recuperó pulsatilidad distal en el 92,3% y sin secuelas el 69,2%. La secuela neurológica supuso el 17,9% y la amputación el 7,7%. Se produjo trombosis de reconstrucción en el 8,9%.

Discusión: El traumatismo arterial de extremidad superior incluye generalmente lesiones asociadas que determinan el resultado del tratamiento. En nuestra serie la diferencia entre pulsatilidad distal y ausencia de secuelas supuso 23,1%. Esto plantea la importancia de una valoración precisa a priori para evitar complicaciones y reconstrucciones inviables generando falsas expectativas y mayor trauma para el paciente.

TRAUMATISMOS VASCULARES CON EXTENSA DESTRUCCIÓN TISULAR: RECONSTRUCCIÓN EXTRAFOCAL

Fernández, Fidel; Rodríguez, Alejandro; Sellés, Fernando; Lara, Mª Jesús; Navarro, Estrella; Ros, Eduardo.
Hospital Clínico San Cecilio de Granada. España

OBJETIVO: Los traumatismos vasculares con intensas lesiones estructurales, por la emergencia del caso y dificultad de reparación (contaminación, hemorragia, demora excesiva) sufren elevadas infecciones, reintervenciones, trombosis de la reconstrucción y amputaciones. La técnica habitual es reparación focal con anastomosis T-T o interposición de safena interna (VSI) asimismo T-T. Pese a preparar los segmentos afectados, frecuentemente persisten lesiones inadvertidas, se producen acodamientos y/o estenosis, agravadas por redundancia o excesiva tensión del injerto, dificultad del campo quirúrgico o interposición de sistemas de fijación ósea de las fracturas. Presentamos una estrategia alternativa: revascularización extrafocal desde segmentos arteriales libres de patología discurriendo el injerto por lecho sano y cubierto de dermis, obviando factores externos (fijación, osteosíntesis, pérdida de sustancia).

MATERIAL Y MÉTODO: Presentamos 8 casos (edades 12-64 años; μ 37 años) con lesiones traumáticas arteriales y extensa destrucción tisular (MESS μ:8.3, LSI μ:9.1), con distintos niveles (AFS, poplítea(2), braquial, tronco tibioperoneo, ejes distales MMSS y MMII(2)) y orígenes (cinegético, tráfico (2), laboral (3), arma blanca y sky). En todos hemos realizado interposición de segmento de VSI con anastomosis L-T y T-L, tunelización evitando el territorio lesionado por zona lo más sana posible y ligadura de los cabos lesionados a nivel del foco (μ 3.5 h. intervención).

RESULTADO: Los ocho procedimientos permanecen permeables (rango 6.5 años -12 meses) sin estenosis significativas. Ninguno presentó afectación séptica del puente o precisó reintervenciones específicas vasculares.

CONCLUSIONES:
Esta estrategia puede ofrecer ventajas como:
- escoger el segmento más sano y cómodo para la anastomosis, a pesar incluso de interposición de fijadores externos para osteosíntesis.
- disminuir el tiempo quirúrgico
- la reconstrucción vascular discurre por un lecho libre de infección
- evita la incongruencia entre vasos (al ser una anastomosis T-L, se puede realizar la arteriotomia longitudinal con el tamaño que queramos en función de la vena)

¿ES POSIBLE CICATRIZAR ÚLCERAS O AMPUTACIONES SELECTIVAS EN PIE DIABÉTICO DE ALTO RIESGO (GRADO IV-V DE WAGNER)? SOLUCIÓN: TRIPLE CURA.

A. Chacón-Quevedo, C. Vico, A. Sanz, P. Aranda, M.J. Mataró, J. Casares y M. Concha
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España

OBJETIVOS:

Cuando estudiamos la bibliografía podemos observar que las fases avanzadas de la clasificación de Wagner, el paciente afectado de pie diabético tiene una alta incidencia de amputaciones, tanto mayores como menores.

MATERIAL Y MÉTODO:

En nuestro servicio, con objeto de evitar el máximo posible de amputaciones de miembros inferiores, hemos diseñado un protocolo de diagnóstico y tratamiento para pacientes con afectaciones graves por arteriopatía diabética. Vamos a presentar dicho protocolo de estudio que se viene aplicando en los últimos diez años y que ha obtenido resultados favorables, disminuyendo la incidencia de amputaciones mayores de miembros inferiores.

Además de ello, creemos que como aportación al tratamiento práctico del pie diabético, ya sea tras la amputación menor o la amputación atípica dejando apertura para cierre en segunda fase o por ulceraciones arteriales tratadas, hemos descrito la CURA EN TRES FASES o TRIPLE CURA que consiste en realizar tres tipos de tratamiento de acuerdo a las tres fases del proceso de cicatrización de las úlceras arteriales en pie diabético.

RESULTADOS:

Desde este punto de vista, presentamos los resultados Enero/2004 - Enero/2005 de 39 pacientes en los que aplicamos la triple cura tras realizar diferentes procedimientos vasculares asociados a tratamiento médico intravenoso con prostaglandinas (Sugiran,).

CONCLUSIONES:

Nuestros resultados han favorecido la cicatrización en el 90% de los pacientes, algunos de ellos con indicación de amputación mayor y que han sido rehabilitados mediante la aplicación de todo el tratamiento endovascular, intravenoso y la cura en tres fases.

EVALUACIÓN DE LA CIRUGÍA DE VARICES DE MMII USANDO TRATAMIENTO COMBINADO: CONVENCIONAL Y EVLT.

Viotto EF; Moraes AO; Tavares Jr R
Instituto de Molestias Vasculares de Maringa. Brasil

Introducción: La búsqueda de técnicas que mejoren las cirugía venosas, han marcado la cirugía contemporánea. Por este motivo usamos el EVLT y asociado el método convencional, buscando un resultado estético mejor.

Método: Trabajo prospectivo, realizado en el periodo de 01/2002 a 02/2005, en que fueron sometidas la cirugía de vrices usando la técnica del Endo Venous Laser Treatment, con pacientes seleccionados del ambulatorio, fueron operados 122 mienbros inferiores, en los que buscamos asociar el EVLT para tratar las venas de mayor calibre y el método convencional para venas reticulares. La operación siempre hecha con la presencia de crosectoma y ligadura de las tributarias de las safenas. Todas las pacientes tenían alta al mismo día y eran acompañadas en el ambulatorio con examen de duplex scan.

Resultados: los pacientes se benefician de la rapidez de la liberación del reposo por el método de laser y también del método consagrado ya convencionalmente, con agujas de crochet. Los pacientes vuelven más rápido a sus actividades normales y tienen alta el mismo día. Nuestra tasa de oclusión inmediata de las safenas fue de 97%.

Conclusión: El método asociado tiene ventajas sobre los métodos separadamente por aprovechar las ventajas peculiares de cada método como por ejemplo la rápida recuperación de los pacientes sometidos al laser.

CIRUGÍA DE VARICES CON ANESTESIA TUMESCENTE Y TIROCURETA.

E. Roche; A. Puig; DO. Andrés; S. Mejía; X. Cabot; J. Rodríguez
Clínica Platón Fundación Privada. Barcelona. España

OBJETIVO: Presentar un procedimiento sencillo y de bajo coste para la cirugía de varices, utilizando una técnica anestésica y quirúrgica poco común.

MATERIAL Y MÉTODO: Se utiliza como anestesia la Solución de Klein (500 cc Suero fisiológico, 10 cc Lidocaina al 5%, 0.25 cc Adrenalina). La anestesia tumescente de varices consiste en la infiltración subcutánea mediante cánula de irrigación, de grandes volúmenes de anestésico diluido, que junto con la adrenalina, producen una hidrodisección de los tejidos favoreciendo la difusión del anestésico potenciando su efecto. La flebectomia la practicamos utilizando la "Tirocureta" (Instrumento metálico de 17 cm. con punta en forma de tirabuzón, que actúa como ganzúa o ganchillo), cuya utilidad radica en permitir extraer con un mínimo de incisiones trayectos varicosos largos de tamaño mediano.

RESULTADOS y COMENTARIOS: La tumescencia permite evitar la anestesia general o raquídea en pacientes que requieran de varicectomías en grandes extensiones de tejido, beneficiandose de una cirugía ambulatoria. La Tirocureta permite practicar la varicectomía con un número inferior de incisiones. La anestesia tumescente y la tirocureta es compatible con cualquier tipo de técnica quirúrgica para las varices (CHIVA, endoláser, Müller…). Hemos observado muy buenos resultados cosméticos, así como una menor presencia de hematomas en el postoperatorio.

INTRODUCCIÓN EN CUBA DEL AUTOTRASPLANTE DE CÉLULAS MADRE HEMATOPOYÉTICAS ADULTAS EN PACIENTES CON ARTERIOSCLEROSIS OBLITERANTE CRÍTICA.

H Artaza[2], P Hernández[1], N Poll[2], E Dorticós[1], C Hernández[1], L Cortina[1], RM Lam[1], V Marsán[1], C Macías[1], M Sánchez[1], JM Ballester[1], L del Valle[1], P Goicochea[2], A Blanco[2], D González[2], A Martínez[2], F Díaz[3].
[1] Instituto de Hematología e Inmunología, [2] Servicio de Angiología del Hospital "Enrique Cabrera", [3] Servicio de Hemodinamia, del Cardiocentro pediátrico " William Soler". Cuba

Objetivos. Presentar los resultados preliminares de un ensayo piloto en que se trataron 12 pacientes con arteriosclerosis obliterante crítica mediante la implantación en el miembro isquémico de células madre hematopoyéticas adultas autólogas.

Material y Métodos. Los enfermos se distribuyeron al azar en 2 grupos; el grupo I en que la separación de las células mononucleares (CMN) de la médula ósea se hizo por un método automatizado y el grupo II en que la separación se realizó mediante un gradiente de densidad con Ficoll. Se cuantificó el número total de CMN obtenidas y el de células CD34+. Como criterio de respuesta se tomaron la mejoría del dolor en reposo, oximetría, índice de presiones tobillo-brazo y tiempo de marcha sin dolor.

Resultados. A las 4 semanas en el grupo I hubo mejoría estadísticamente significativa, en comparación con el estado pre-implante, del dolor en reposo (p 0,026) y del tiempo de marcha sin dolor (0.027). Las diferencias en el índice de presiones tobillo-brazo y en la oximetría mostraron tendencia a la significación (p 0,068 y p 0,066 respectivamente).
En el grupo II mostraron mejorías significativas las siguientes variables: índice de presiones tobillo-brazo, tiempo de marcha sin dolor y dolor de reposo (p 0,043, p 0.041 y p 0,023 respectivamente).
Todos los pacientes mejoraron y se evitó la amputación de la extremidad isquémica, en los 5 (100%) enfermos que tenían esta indicación. Evolutivamente se mantuvo la mejoría.
No se apreciaron diferencias importantes entre los dos métodos usados para la separación de las CMN.

Conclusiones. Nuestros resultados son muy prometedores. Este nuevo proceder hasta donde conocemos ha sido utilizado en muy pocos países.

ANGIOGÉNESIS TERAPÉUTICA MEDIANTE TRASPLANTE AUTÓLOGO DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS EN LA ISQUEMIA DE MIEMBROS INFERIORES NO REVASCULARIZABLE

Raúl Lara Hernández, Pascual Lozano Vilardell, Ramón Riera Vazquez, Enrique Manuel-Rimbau Muñoz, Jaime Julia Montoya, Carlos Corominas Roura
Hospital Universitari Son Dureta. Palma de Mallorca. España

Objetivos: Evaluar la efectividad de la terapia angiogénica, mediante el uso de progenitores hematopoyéticos movilizados desde médula ósea, en el tratamiento de la isquemia crónica de miembros inferiores no revascularizable.

Material y Métodos: Estudio prospectivo casos-control. Grupo A (control): cohorte retrospectiva de 5 pacientes diagnosticados de isquemia crítica no tributaria de revascularización, sometidos a tratamiento convencional. Grupo B (casos): 7 pacientes, con 9 extremidades en isquemia crítica sin posibilidades de revascularización. Tratamiento con Factor Estimulante de Crecimiento Granulo-Monocitario (G-CSF) (5g/kg) durante 5 días. Afresis sanguínea al 5 día e inyecciones intramusculares parciales en los gastrocnemios de los progenitores obtenidos. El estado hemodinámico basal y postrasplante se determinó mediante presiones maleolares, fotopletismografía digital (FPG) y estudio angiográfico distal. Seguimiento a las 6 semanas, y cada 3 meses, durante 1 año.

Resultados: Grupo A: no se objetivó ninguna mejora, precisando todos los casos amputación mayor. Grupo B: La presión maleolar media pretrasplante fue de 55 mmHg, y a los tres meses ascendió a 85,5 mmHg ($p = 0,027$). Mejora del trazado FPG en todos los casos. La tasa de salvamento de la extremidad al año fue del 77,7% (7 extremidades). Se precisó amputación mayor en dos casos por trombosis de bypass previo. Ningún paciente presentó complicaciones derivadas del tratamiento.

Conclusiones: Los pacientes con isquemia crónica no revascularizable sometidos a terapia angiogónica muestran tendencia a la mejora clínica y hemodinámica. Sería necesario un mayor número de casos para constatar este hecho.

ESTUDIO DE SERIES TEMPORALES: EL ANALISIS DEL PASADO AYUDA A ORGANIZAR EL FUTURO

Ortega Martín J.M; Fernández-Samos R; Fernández Moran MªC; Alonso Alvarez M.I; Zorita Calvo A.M; Martín Alvarez A; Barbas Galindo Mª J: Vaquero Morillo F.
Hospital de León. España

INTRODUCCIÓN

Se denomina estudio de 'Series Temporales', el procedimiento estadístico que analiza la evolución de una variable a lo largo del tiempo.

OBJETIVOS

Analizar la evolución en los últimos ocho años (1997-2004) de distintas variables que evalúan la actividad de un Servicio de Angiología y Cirugía Vascular.

MATERIAL Y MÉTODOS

A partir de información facilitada por los Servicios de Admisión y Documentación Clínica, Medicina Preventiva, Farmacia, y nuestros propios registros, analizamos el comportamiento, en el período indicado, de variables relacionadas con: Actividad quirúrgica, Unidad de Hospitalización, Consulta Externa, Exploraciones Funcionales, etc. Análisis estadístico mediante el programa SPSS. Se evalúan la tendencia, variaciones estacionales, cíclicas y accidentales de estas variables.

RESULTADOS

La actividad del Servicio está influenciada significativamente por los períodos vacacionales. Actividad quirúrgica programada, consulta externa, etc, presentan variaciones estacionales con descensos de actividad en los meses de verano que, en ocasiones, superan el 40%. Su tendencia general es ascendente con cambios puntuales en la pendiente que precisan análisis. Actividad quirúrgica urgente, defunciones y estancia media, muestran una distribución estacional inversa con incrementos de actividad en los meses de verano. La infección hospitalaria se incrementa en primavera y su tendencia es ligeramente ascendente. El índice de ocupación también se reduce e los meses de verano y su tendencia es ligeramente descendente con fases claramente distintas.

CONCLUSIONES

Estos estudios aportan información valiosa sobre la evolución de un Servicio Médico-Quirúrgico, que puede ser utilizada en el establecimiento de pautas de actuación que contribuyan a adaptar su funcionalidad.

USO DE ENDOPROTESIS EN EL TRATAMIENTO DE LESIONES NO OCLUSIVAS DEL TERRITORIO ILIACO.

Renato Mertens, Albrecht Krämer, Francisco Valdés, Michel Bergoeing, Rodrigo Sages, Ricardo Olgun, Juan Cruz, EU Magaly Valdebenito y EU Jeanette Vergara
Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Chile

Resumen: La cirugía endovascular reduce la magnitud de los procedimientos para tratar enfermedades vasculares, diminuyendo la morbilidad y eventualmente la mortalidad.

Objetivo: analizar indicaciones y resultados en el tratamiento mediante endoprótesis de lesiones iliacas no oclusivas.

Pacientes y Métodos: Revisamos datos de 12 pacientes (todos hombres, 54.8 años, rango: 25-76) tratados por vía endovascular consecutivamente desde 2001 de lesiones iliacas no oclusivas. El estudio preoperatorio incluyó tomografia computada (TC) rutinariamente y angiografía selectivamente. El procedimiento se efecto en quirófano, bajo anestesia regional o local, utilizando un angiógrafo OEC 9800. Se usó acceso femoral para insertar extensiones iliacas de dispositivos abdominales (Cook, Gore o Talent) en 10 casos y Wallgraft (Boston Scientific) en 2. En 10 pacientes se asoció embolización de arteria hipogástrica para obtener cuello distal. El seguimiento se realizó mediante TC.

Resultados: Patologías tratadas: Cinco aneurismas de iliaca primitiva, 3 disecciones, 2 traumas, un aneurisma hipogástrico y un pseudoaneurisma. La co-morbilidad más frecuente fue la Hipertensión en 67%. No hubo mortalidad. Un paciente presentó pseudoaneurisma femoral tratado con compresión. Un paciente tratado por fistula A-V presenta resolución de insuficiencia cardiaca, con persistencia asintomática de mínimo flujo. No se presentaron otras endofugas iniciales o tardías. Durante el seguimiento (Promedio: 23.5 meses, rango 1 a 36), no se ha presentado mortalidad ni necesidad de procedimientos complementarios.

Conclusión: El tratamiento endovascular de lesiones iliacas mediante endoprótesis es seguro y permite un resultado durable en el manejo de un amplio espectro de patologías.

DISECCIÓN AISLADA Y ANEURISMA DE LA ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR: DESCRIPCIÓN DE 2 CASOS CLÍNICOS.

Luis A Sanchez, Leopoldo A Marine, Juan C Parodi, Gregorio A Sicard
Washington University School of Medicine, St. Louis, MO. EE. UU.

OBJETIVOS: La disección de la arteria mesentérica superior (AMS) es frecuentemente causada por extensión del flap de una disección aortica. Disecciones aisladas y espontáneas de la AMS son excepcionales, al igual que su asociación con dilatación aneurismática.

MATERIAL Y MÉTODO: En los últimos 4 años hemos tratado 24 pacientes con aneurismas viscerales aislados; 3 pacientes presentaron aneurisma de la AMS, 2 de ellos asociados a disección de la AMS.

Caso 1: Hombre de 38 años con historia de dolor epigástrico. Tomografía y arteriografía muestran aneurisma fusiforme de la AMS, trombo mural y estrechamiento de su lumen. Es tratado con interposición de vena en la AMS proximal, con anastomosis en parche de sus ramas. Post-operatorio sin complicaciones.

Caso 2: Hombre de 37 años de edad con antecedentes de estenosis renales (displasia fibromuscular). Consultó por dolor abdominal. Con diagnóstico preoperatorio de embolia mesentérica, se realizó trombectomía. Paciente persistió con dolor abdominal. Tomografía diagnosticó aneurisma de la AMS, y posterior crecimiento de éste (1cm en 6 semanas). Segunda cirugía con interposición de vena en la AMS proximal y anastomosis en parche de sus ramas. Postoperatorio sin complicaciones, asintomático hasta la fecha.

DISCUSIÓN: La asociación patológica entre disección y aneurismas en la AMS no es clara. Disecciones mesentéricas aisladas deben ser sospechadas en pacientes con isquemia mesentérica en ausencia de ateromatosis. En los casos presentados, la tomografía abdominal y la arteriografía diagnosticaron aneurismas de la AMS pero fueron incapaces de diagnosticar la disección, cuyo diagnostico finalmente pudo realizarse en la cirugía. La cirugía de la disección mesentérica tiene complejidad adicional por la necesidad de incorporar ramas de la AMS como parche para así evitar isquemia intestinal.

ANEURISMAS DE ARTERIAS VISCERALES Y PERIFÉRICAS. REPORTE DE CASOS Y DESCRIPCIÓN DE ALTERNATIVAS TERAPEUTICAS

BautistaF;Ramirez,J.C;Salinas,G;Tan,J;Moron,J Freyre,H;Salazar,M.
Instituto Nacional del Corazon. ESSALUD. Lima-Perú Clinica Maison de Santé. Lima-Peru

Resumen: Los Aneurismas de las arterias viscerales y periféricos son presentaciones de enfermedad vascular poco común, pero potencialmente letales. Entre los aneurismas de arterias viscerales se presentan con mas frecuencia los aneurismas de arteria esplénica (60%), los aneurismas de arteria hepática (20%), los aneurismas de arteria mesentérica superior con una frecuencia de 5.5%, además de aneurismas de arterias renales. Los aneurismas de arterias periféricas son igualmente de baja frecuencia. En miembros inferiores los más frecuentes son los aneurismas de arteria poplítea (70%), luego le siguen los aneurismas de arteria femoral y los iliacos aislados.Y en miembros superiores los aneurismas de arteria subclavia, axilar o cubital. Aun más infrecuentes son los aneurismas carotídeos. El tratamiento de estos aneurismas van desde de la extirpación y revascularización del vaso afectado, la ligadura y/o la exclusión de los aneurismas por procedimientos endovasculares como la embolización y el tratamiento laparoscópico. En el presente trabajo reportamos nuestra experiencia en un trabajo retrospectivo y descriptivo de 8 casos intervenidos en nuestro medio. Un aneurisma de arteria mesentérica superior , exclusión del aneurisma y revascularizacion de ramas mesentéricas , de arteria esplénica, exclusión por vía laparoscopica y arterias renal y hepática tratadas por vía endovascular;arteria subclavia revascularización por esternotomía; arteria iliaca tratamiento endovascular; arteria poplítea exclusión del aneurisma y revascularización y arteria carótida común por exclusión y revascularización.

COMBINACIÓN DE TÉCNICAS ENDOVASCULARES EN FEMORAL SUPERFICIAL Y BYPASS DISTAL DESDE TERCERA PORCIÓN DE POPLÍTEA

Arroyo A, Porto J, Gil J, Montero R, Leiva R, Abarrategui E, Gesto R.
Hospital 12 de Octubre. Madrid. España

Objetivos: Comunicar nuestra experiencia inicial en la combinación simultánea de angioplastia de femoral superficial y bypass distal corto, como técnica de salvación de extremidad en pacientes con isquemia crítica sin segmentos largos de vena.

Material y Métodos: Entre enero de 2002 y diciembre de 2004, hemos realizado 77 revascularizaciones distales con vena por isquemia crítica; de ellas, 21 se originaban en la tercera porción de poplítea. En 4 pacientes se asociaron técnicas de angioplastia de femoral superficial simultáneas.
Se trata de 3 varones y una mujer, con edad media de 65 años. Entre los factores de riesgo destaca: DM (75%), tabaquismo (75%), enfermedad coronaria (75%), hipercolesterolemia (50%), IRC en diálisis (25%). Se realizó en los 4 casos angioplastia de FS retrógrada desde tercera porción de poplítea, y bypass distal con vena a pedia en 3 ocasiones y peronea en el caso restante.

Resultados: No hubo complicaciones postoperatorias. Dos injertos se obstruyeron a los 6 meses, con resultado de amputación mayor en 1 paciente. Un caso se reintervino por reestenosis de la arteria femoral superficial a los 9 meses. Y el cuarto está permeable tras 24 meses de seguimiento.

Conclusiones: La introducción de técnicas endovasculares en el arsenal terapéutico de los cirujanos vasculares va a permitir la combinación simultánea de tratamientos ampliando las posibilidades en determinados casos. La asociación de angioplastia de femoral superficial y bypass distal desde tercera porción ofrece opciones de salvación de extremidad a pacientes con isquemia crítica sin longitudes adecuadas de injertos venosos.

¿CUANDO ESTÁ JUSTIFICADA LA REVASCULARIZACIÓN EXTRAANATÓMICA?

Baquer ,M ; Gomez ,R ; Salazar ,A ; Estallo L ; Rodríguez, L; Vega ,M ; Barba,A.
Hospital de Galdakao, Bizkaia. España

OBJETIVO

La elección de una reconstrucción extraanatómica (RE) precisa la evaluación de multiples factores.Analizamos nuestra experiencia para mejorar la perspectiva de su aplicación.

PACIENTES Y MÉTODOS

Los pacientes sometidos a RE entre enero 1987 y diciembre 2004 fueron analizados según diagnóstico,causa de elección de RE, factores de riesgo, tipo de procedimiento, obstrucción de arteria femoral superficial y permeabilidad primaria .
Analisis estadístico: Kaplan Meier (log rank). Significación estadística $p< 0,05$.

RESULTADOS

34 axilobifemorales (ABF),17 axilounifemorales(AMF) y 29 femorofemorales(FF) fueron realizados en 78 pacientes. 90% de procedimientos se practico para salvamento de extremidad y 10 % por infeccion vascular . Edad media : 71 años ±12.Sexo:92% varones. Causa de elección de RE : Alto riesgo anestésico , 44 procedimientos (55%) ; entorno periarteria hostil , 17 (21%) ; abdomen hostil ,10 (12,5 %) y presencia de infección 9 (11,5%).
Mortalidad postoperatoria : ABF 18 %; AMF 17% ;FF: 6 %.
Permeabilidad primaria al año y tres años : ABF 88,24 % y 80 % ; AMF 75,49 % y 67,10% ; FF 96,55 % ,respectivamente.
Influye negativamente en la permeabilidad primaria la elección de RE en presencia de infección ($p< 0,01$) .La derivación femorofemoral presenta una permeabilidad primaria superior al resto de los procedimientos ($p =0,02$).

CONCLUSIONES

La contraindicación de la vía ortoanatómica es el principal criterio para elegir RE . Presentan menor permeabilidad primaria aquellos pacientes en los que se realiza por un proceso infeccioso .La derivación femorofemoral proporciona la mejor permebilidad primaria.

REPORTE DE CASO CLINICO: UNA RARA Y DESCONOCIDA CAUSA DE SINDROME COMPARTIMENTAL AGUDO COMO COMPLICACION ALEJADA DE UN ANEURISMA POPLITEO TRATADO POR EXCLUSION Y BYPASS

Sosa,M ; Sessa, C ;Batt,M; Bouillane,P, Declemy,S ;Hadssen-Kodja,R; Houdebourg,P;Planchard,P; Thevenin,B
Hospital San Roque, Centro Hospitalario Universitario de Nisa-Francia

Introduccion: el tratamiento de los aneurismas popliteos por exclusión y by pass, deja intacto el saco aneurismal y las colaterales que lo alimentan

Material y métodos: paciente de 71 años con el antecedente de aneurismas popliteos bilaterales tratados hace 6 años por exclusión y by pass, luego de un corto trayecto en avion se presenta a urgencias con un cuadro de isquemia aguda del pie y de la pierna derecha, heparinoterapia y vasodilatadores como tartamiento inicial. Arteriografía: permeabilidad de la revascularisacion, arterias en continuidad. Ecodoppler venoso: ausencia de visualisacion de la vena poplitea y vena femoral permeable sin trambosis. Agravación de la isquemia y del edema del miembro, presencia de un pulso tibial posterior, aponeurotomias de decompresion. Sin mejoía,resección del saco aneurismal , mejora de la sintomatologia a nivel de la pierna, sin cambios a nivel del pie. Amputacion de pierna debido a isquemia irreversible del pie Discusión. el aumento de tamaño del saco aneurismal , alimentado por colaterales permeables, al interior de una cavidad poco o inextensible (hueco popliteo), comprime las venas profundas; el prelevamiento de la safena interna , y la safena externa comprimida a su desembocadura en la vena poplitea, dificulta de forma severa el retorno venoso del miembro por debajo de la rodilla. La flexion de la rodilla durante el vuelo agrava el precario drenaje del miembro, desencadenando un sindrome compartimental agudo

Conclusion: la permeabilidad no es el unico indice de buen resultado, la exclusion de aneurismas impone seguimiento estricto. Complicación grave no publicada.

NUESTRA EXPERIENCIA EN LOS INJERTOS PROTÉSICOS PARA HEMODIÁLISIS EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES

S.Mejia, E.Roche, A.Foraster, J. Carreras, E.Escalante, J.Sampietro, T.Olaya, X. Cabot, J. Rodríguez
Clínica Plató, Fundació Privada. Barcelona, España.

OBJETIVOS:

Revisión de nuestros resultados en los injertos para hemodiálisis de extremidades superiores.

MATERIAL Y METODOS:

37 Pacientes intervenidos con injertos protésicos de EEII para hemodiálisis: 26 mujeres, 11 hombres. Tiempo de estudio: de abril de 2002 a febrero de 2005, siendo el 97.3% de enero de 2003 a febrero 2005. Se hace una revisión retrospectiva de diferentes variables.

RESULTADOS:

Edad media de 70.5 años (DE 12.19). Antecedentes: diabetes mellitus: 40.5 % arteriopatía periférica: 24.3 %. Accesos previos promedio 3.1: DE 1.6. Superficialización previa 29.8 % . Exploraciones previas promedio 1.1: DE 0.75. Catéter previo: 35.1 %, catéter en el momento de la cirugía: 18.9 %. Todos los injertos protésicos fueron en el brazo. El 70.3 % se colocaron en el lado izquierdo; se utilizó como material PTFE (100 %) con diámetro de 6 mm (97.3 %) y con anestesia local (94.6 %). Como complicaciones se encontraron: infección 8.1 %, sangrado 5.4 %, edema distal 13.5 %. El tiempo de punción fue en promedio de 35.91 dias (DE. 29.79, modo:22 - 35 dias y un rango de 6 - 159 dias). La permeabilidad primaria 51.4 %, (log rank: 53.59, Wilcoxon 44.39, p: 0.0005). Se reintervenieron (11) 29.7 %.. La permeabilidad secundaria 70.3 %, (log rank 24.51 p: 0.0063; wilcoxon: 20.36 p: 0.026)

CONCLUSIONES:

La permeabilidad y incidencias resultantes son equiparables a los hallados en la literatura. El tiempo medio de punción es elevado lo cual debe plantear una revisión de los protocolos de actuación.

TRATAMIENTO MINIMAMENTE INVASIVO DEL INJERTO FEMORO-POPLITEO CON PTFE TROMBOSADO

J.Fontcuberta, A. Flores, A. Orgaz, M. Doblas.
Hospital Virgen de la Salud. Toledo. España

OBJETIVO: Demostrar la posibilidad técnica de repermeabilizar un injerto fémoro-poplíteo trombosado mediante la aplicación de un abordaje mínimamente invasivo .

METODO: Desde Enero-03 a Febrero-05 se practicaron 21 procedimientos en 16 pacientes diagnosticados de una trombosis de un by-pass fémoro-poplíteo realizado con PTFE. Estos procedimientos consistieron en una trombectoma proximal y distal mediante balón de Fogarty dirigido con contraste radiológico. El abordaje se realizó en la zona media del by-pass, lejos de las incisiones quirúrgicas, mediante localización ecográfica. Tras la trombectoma se insertó distal y proximalmente un introductor de 8 Fr. Tras control arteriográfico se practicó en los casos que se consideró necesario una angioplastia seguida de la introducción de un stent en la anstomosis.

RESULTADOS: El éxito técnico fué del 100%. La permeabilidad primaria y secundaria a los 12 meses fué del 85% y 100%, y a los 24 meses del 53% y 65% respectivamente. Se produjo un éxitus postoperatorio tras amputación y sepsis. La estancia media postoperatoria fué de 6 días.

CONCLUSIONES: El tratamiento de la trombosis de un injerto fémoro-poplíteo con PTFE es posible mediante la aplicación de esta técnica mínimamente invasiva. Es útil en pacientes con alto riesgo quirúrgico, mal pronóstico vital o ausencia de vena autóloga.

ENDARTERECTOMÍA CAROTÍDEA EN MAYORES DE 80 AÑOS

Juan Seitz C., Manuel Espindola S., Gustavo Sepulveda M., Mauricio Maureira M., Edgardo Sepulveda C., Mauricio Gonzalez L. y Raul Vega G.
Hospital Dipreca. Hospital Clnico Universidad de Chile & Clinica Alemana de Santiago. Chile

Resumen: El manejo de la Enfermedad cerebrovascular ha sido impactado en los últimos años por la introducción de la Angioplastia y stent; sin embargo sus resultados no han logrado superar a los de la Endarterectomía Carotídea y son más desfavorables en los pacientes mayores de 80 años. Por esta razón nos pareció importante presentar nuestra experiencia con esta técnica quirúrgica en pacientes mayores de 80 años intervenidos entre 1990 y 2004. Son 65 pacientes (54 hombres, 11 mujeres). Su edad varia entre 80 y 88 años. La indicación quirúrgica fué la presencia de una estenosis >80% en 40 pacientes con un accidente vascular en cefálico, en 15 con un accidente isquémico transitorio y 10 asintomáticos (todos ellos con oclusión o estenosis severa contralateral). Todos los pacientes eran portadores de factores de riesgo de ateroesclerosis (Hipertensión Arterial, Dislipidemia y Tabaquismo). La intervención fue realizada con anestesia mixta (bloqueo cervical y anestesia general) y uso rutinario de shunt, con 72 hrs de hospitalización de promedio. No hubo complicaciones neurológicas ni mortalidad en el post operatorio inmediato. Un paciente presentó infarto agudo miocardio. En conclusión nos parece que nuestros resultados y los reportados por los principales centros internacionales permiten afirmar que la Endarterectomía carotídea es aun la primera opción terapéutica en la actualidad para estos pacientes con una baja incidencia de morbi mortalidad neurológica asociada.

BENEFICIO DE LA ENDARTERECTOMÍA CAROTÍDEA (EDAC) A CORTO Y LARGO PLAZO EN PACIENTES OCTOGENARIOS.

Martín Conejero A, Reina Gutiérrez T, Sánchez Hervas L, Blanco Cañibano E, Ponce Cano A, Morata Barrado C, Serrano Hernando FJ.
Hospital Clínico San Carlos. Madrid, España

Objetivos:

1. Comparar los resultados inmediatos de la EDAc en pacientes octogenarios con los de pacientes de menor edad.
2. Determinar supervivencia y tiempo libre de ictus en estos pacientes.

Pacientes y método:

Periodo de estudio: Enero98–Diciembre04. Muestra: Pacientes intervenidos de EDAc. Pacientes con edad 80 años: Grupo1. Resto de la serie, grupo2. Seguimiento: clínico y dúplex carotídeo.

Resultados:

1. Perioperatorios:

- Muestra: 319 EDAc (302 pacientes). Edad media 70,7 años. Grupo1: 30 pacientes (9,4%).No se observan diferencias significativas en la clínica preoperatoria (grupo1, 46,7% asintomático, 40% AIT, 13,3% ictus; grupo2, 41,2% asintomático, 46,2% AIT, 12,1% ictus).
- Cirugía: No existen diferencias significativas en el empleo de anestesia locorregional (96,7% grupo1, 91% grupo 2) ni de shunt (20% grupo1, 19% grupo2). Sí que existen diferencias en el empleo de parche: 43% grupo1, 62% grupo2 (p:0,04).
- Mortalidad: 1.3% (n:4) global; 3.3% (n:1) grupo1; 1% (n:3) grupo2 (p:NS).
- Ictus-muerte: 6,7% (n:2) grupo 1; 1,4% (n:4) grupo2 (p:NS).

2. Seguimiento:

- Tiempo mediano: 36 meses.
- Mortalidad global:36 pacientes (12,6%). Grupo1: 25%; grupo2: 11,3%. p:0,04, RR:2,6 (1,02-6,7).
- Sujetos libres de ictus mayor-muerte (3 y 5 años): Grupo1:71% y 61%; grupo2: 90% y 84%; p:0,004.

Conclusiones:

Los pacientes octogenarios presentan un aumento leve del riesgo perioperatorio, aunque no estadísticamente significativo, con respecto a los pacientes más jóvenes. Si tenemos en cuenta que el riesgo de ictus aumenta con la edad, los octogenarios se podrían benefician especialmente de la EDAc, con supervivencia libre de ictus elevada a medio-largo plazo.

ATP-STENT CAROTIDEO: SELECCIÓN DE PACIENTES Y RESULTADOS

Vaquero Morillo F, Alonso MI, Zorita A, Fernández-Samos R, Ortega JM, Fernández, Moran C, González Fueyo MJ.
Hospital de León. España

OBJETIVOS:

Analizar las indicaciones y resultados del tratamiento realizado por cirujanos vasculares.

MATERIAL Y MÉTODOS:

16 procedimientos consecutivos desde el inicio, a lo largo de 30 meses, en 15 pacientes . Hombres: 11, mujeres: 4. Edad media 66 a. (58-82). Sintomáticos:50% . Estenosis superiores al 80% medidas por Eco-Doppler en todos los casos . Arteriografía previa: 8; AngioRM: 4.
Protección cerebral: 8 últimos casos .
Selección:
-Cuello hostil: 3 (23%).
-Alto riesgo: cardiológico 8(61.5%; EPOC 2(15%); oclusión contralateral 3(23%).
Representan en total el 15% de la cirugía de revascularización carotidea realizada en ese período .

RESULTADOS:

a) Inmediatos: Éxito técnico 14 casos (87,50%), 2 reconversiones a cirugía abierta (12.50%). 1 exitus por infarto hemisférico ipsilateral masivo, 1 AIT ipsilateral, 1 angor hemodinámico, 2 hematomas inguinales .
b) Seguimiento (3-36 meses): 1 exitus cardiogénico a los 5 meses, 1 paciente perdido por traslado. Los 12 pacientes restantes permanecen asintomáticos, con stents permeables, sin detectarse re-estenosis mediante eco-doppler (picos sistólicos, telediastólicos y ratios, comparando los casos con stenting simple con los que se realizó ATP-poststenting).

Tasa combinada de morbimortalidad (ACV-IAM-Muerte) a 30 días del 6,25%(1caso): paciente sintomática, de alto riesgo (ASA IV), con estenosis crítica bilateral ,tratada sin complicaciones de un eje dos meses antes, y que falleció en el segundo procedimiento .

CONCLUSIONES:

Los resultados de nuestra todavía corta experiencia nos permiten mantener que el procedimiento ; pendiente del resultado del seguimiento a largo plazo; es una técnica alternativa indicada en pacientes muy seleccionados ,tanto sintomáticos como asintomáticos .

PROTECCIÓN CEREBRAL CON FLUJO REVERSO MUESTRA RESULTADOS FAVORABLES EN COMPARASIÓN CON FILTROS EN PACIENTES TRATADOS CON STENT CAROTIDEO.

Juan C Parodi, Leopoldo A Marine, Luis A Sanchez, Gregorio A Sicard
Washington University School of Medicine, St. Louis, MO. EE.UU.

OBJETIVOS: Los dispositivos de protección cerebral distal (DPCD) (filtros y balones) usados en el tratamiento con angioplastia y stent carotideo (ASC) pueden presentar embolización cerebral durante el cruce inicial de la lesión. El sistema de protección cerebral Arteria crea flujo reverso en la arteria carótida interna disminuyendo el riesgo de eventos cerebrales embólicos. Se presenta la experiencia con Arteria.

MATERIAL Y MÉTODO: La información de pacientes tratados con ASC entre 09/2003 a 12/2004 fue registrada en forma prospectiva. La intervenciones fueron realizadas en quirófano usando unidad de rayos OEC 9800 C-arm. Pacientes tratados tenían 70% estenosis y cumplían criterios de alto riesgo para endarterectomía (SAPPHIRE). Luego de visualización de la lesión en la angiografía inicial, se escogió el tipo de sistema de protección cerebral. Los pacientes fueron divididos en tres grupos: 1) no utilización de protección cerebral, 2) uso de flujo reverso (ArteriA), o 3) uso de DPCD (Filterwire o Accunet). El análisis estadístico se realizo con test de student y test exacto de Fisher.

RESULTADOS: ASC fue realizado en 95 arterias carótidas en 86 pacientes. El éxito técnico fue de 98.9%. Las características demográficas y eventos en términos de infarto cerebral (IC), muerte (M), e infarto + muerte (IC+M) en Tabla. El número de eventos post-procedimiento no difirió significativamente entre los grupos.

		Características demográficas			**Eventos**		
Tipo dispositivo	n	Hombres (%)	Edad>80 (%)	Sintomático (%)	IC (%)	M (%)	IC+M (%)
Sin Protección	12	2 (16.7)*	1 (8.3)	5 (41.7)	0 (0.0)	1 (8.3)**	1 (8.3)**
ArteriA	30	22 (73.3)	6 (20.0)	11 (36.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
DPCD	53	34 (64.2)	8 (15.1)	12 (22.6)	3 (5.7)	0 (0.0)	3 (5.7)
Todos pacientes	95	58 (61.1)	15 (15.8)	28 (29.5)	3 (3.2)	1 (1.1)	4 (4.2)

* $P < 0.05$ en comparación a grupos Arteria y DPCD. ** Muerte de causa no-neurológica.

CONCLUSIONES: A pesar de una selección desfavorable de pacientes de alto riesgo, el sistema Arteria estableció una adecuada protección cerebral, sin infartos cerebrales o muertes post-procedimiento. Nuestros datos apoyan el uso del sistema de flujo reverso en la arteria carótida interna durante los procedimientos percutaneos de ASC.

TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD CAROTIDEA ASINTOMÁTICA: RESULTADOS PRECOCES SIMILARES DESPUÉS DE STENTING CAROTIDEO EN PACIENTES DE ALTO RIESGO Y DE ENDARTERECTOMÍA CAROTIDEA EN PACIENTES DE RIESGO STANDARD.

Leopoldo A Marine, Juan C Parodi, Luis A Sanchez, Gregorio A Sicard
Washington University School of Medicine, St. Louis, MO. EE. UU.

OBJETIVOS: La angioplastia y stent carotideo (ASC) es una alternativa a la endarterectomía carotidea (EC) en un selecto grupo de pacientes. La ASC en el tratamiento de pacientes asintomáticos aún es controversial. Nuestro propósito es comparar los eventos adversos neurológicos en pacientes asintomáticos tratados con ASC o EC.

MATERIAL Y MÉTODO: Pacientes con 70% de estenosis carotidea asintomática tratados entre 09/2003 y 12/2004. La EC fue la primera alternativa en todos los pacientes. ASC fue reservada para pacientes de alto riesgo quirúrgico (criterios SAPPHIRE). Se realizaron 280 procedimientos (96 ASC, 184 EC), de los cuales 67 (70%) ASC y 116 (66%) EC fueron en lesiones asintomáticas. La información de ASC fue recolectada en forma prospectiva, la de EC fue retrospectiva.

RESULTADOS: En ASC no hubo muertes peri-operatorias, y 1 paciente con infarto cerebral (1.5%) (al cruzar estenosis severa con dispositivo de protección cerebral, realizándose trombolisis intracraneal intraoperatoria exitosa). En el grupo de EC, 1 caso de infarto peri-operatorio y muerte (0.86%), y un total de 3 casos de infartos cerebrales (2.6%). El grupo de ASC tiene un promedio de 1.24 + 0.84 factores de riesgo del estudio SAPPHIRE versus 0.42 + 0.80 en el grupo de EC ($p<0.001$, test t-student). No hubo diferencia en los índices de infarto miocárdico (1.5% ASC, 0.86% EC), falla respiratoria (0% ASC, 0.86% EC), o arritmias severas (1.5% ASC, 0% EC) (análisis chi-cuadrado). Los días de estada hospitalaria promedios post-ASC (3.5 días) y post-EC (2.5 días), con una mediana de 1 día para ambos grupos.

CONCLUSIONES: Nuestra experiencia con ASC para patología de carótida asintomática demostró resultados precoces equivalentes a los obtenidos con la EC, y aun considerando que la ASC fue reservada para un grupo de pacientes que presentaba condiciones desventajosas.

ECO-DOPPLER COMO ESTUDIO PREOPERATORIO EN LA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA MICROQUIRÚRGICA DE CABEZA Y CUELLO

Rodríguez Montalbán AY, Gutiérrez Díaz R, Montalvo JJ, Arroyo Bielsa A, Gesto Castromil R
Hospital 12 de Octubre. Madrid, España

OBJETIVOS

La reconstrucción microquirúrgica para defectos de cabeza y cuello incluye la extracción de colgajos libres microvascularizados de origen diverso. Analizamos el valor del eco-doppler como estudio preoperatorio en ésta cirugía.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo realizado entre Enero de 1999 y Enero de 2005, en que se practicaron 50 eco-doppler de MMII consecutivos para localización de arterias perforantes septocutáneas en pacientes candidatos a reconstrucción microquirúrgica de cabeza y cuello con colgajo libre de peroné (38 pacientes) o anterolateral de muslo (12 pacientes). Se utilizó un aparato General Electric logic 400 y transductor lineal multifrecuencia de 7,5 MHz, según protocolo prediseñado.

RESULTADOS

38 pacientes eran candidatos a reconstrucción con colgajo libre microvascularizado de peroné. De ellos, en un paciente se desestimó una extremidad y en otro fueron desestimadas ambas (con confirmación arteriográfica posterior). Se localizaron las perforantes septocutáneas en el 50%. De los 12 candidatos a reconstrucción con colgajo libre microvascularizado anterolateral de muslo, no se desestimó ninguno, y se localizaron las perforantes septocutáneas en el 100%, fundamental a la hora del diseño y obtención del colgajo. Ninguno presentó pérdida del injerto o isquemia de la extremidad donante.

CONCLUSIONES

El eco-doppler de MMII ha demostrado ser un método fiable, incruento y válido como estudio preoperatorio en la reconstrucción con colgajos microvascularizados, por lo que dbe ser considerado como estudio obligatorio de dicha cirugía y sustitución del estudio arteriográfico que venía siendo utilizado hasta ahora. La localización de perforantes septocutáneas asegura el éxito de cualquier tipo de colgajo microvascularizado.

ESTUDIO COMPARATIVO DE LA SUTURA DEL REMIENDO DE PTFE EN CARÓTIDAS DE CONEJO, CON CLIP E HILO MONOFILAMENTAR

Moraes AO, Viotto EF, Tavares Jr R, Montero EF
Universidad Estadual de Maringá, Maringá. Brasil
Universidad Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil

Introducción: Los traumatismos arteriales en región cervical están cada vez más frecuentes y más graves. Son lesiones de difícil reparación y que necesitan, el menor tiempo posible de clampeamento. Varios estudios, han intentado la disminución del tiempo de sutura usando el clip de titanio.

Objetivo: Este trabajo propone estudiar la viabilidad y el tiempo de la anastomose arterial usando clips metálicos en la sutura de la pared arterial carótida con el remiendo de PTFE.

Método: Fueron utilizados 20 conejos divididos en dos grupos de 15 y 30 días de post operatorio. Cada animal fue sometido a injerto de remiendo de PTFE en las arterias carótidas, usando sutura com hilo a la izquierda y clips de titanio a la derecha. El tiempo de cada anastomosis fue medido, la presencia de sangramiento después del restablecimiento del flujo arterial, así como la perviedad arterial a través del examen de Duplex Scan. Las carótidas eran retiradas para evaluación anatomopatológica, en que fue observada y cuantificada, la presencia de hiperplasia intimal.

Resultados: Cuando analisamos el tiempo del clampeamento de las arterias carótidas notamos que fue cerca de 1/3 de la sutura con clip. Hubo menor sangramiento en la sutura con clip. En el grupo 30 días de PO fue menor la presencia de hiperplasia intimal, en las carótidas suturadas con clip y al examen de ecodoppler todas las arterias se encontraban pervia.

Conclusión: Concluimos que la sutura con clip de titanio (Vascular Closure Staple) es más rápida sin comprometer la perviedad arterial.

X CONVENCIÓN CIRUJANOS VASCULARES DE HABLA HISPANA

p o s t e r s

PSEUDO-TROMBOSIS AÓRTICA DISTAL EN EL SEGUIMIENTO DE UNA DISECCIÓN TIPO B TRATADA MEDIANTE ENDOPRÓTESIS

Gutiérrez Alonso V, González Fajardo JA, Ibáñez M, Cenizo N, San Norberto E, Del Blanco I, Del Río L, Vaquero C
Hospital Clínico Universitario de Valladolid. España

La disección aórtica tipo B es una entidad clínica de extrema gravedad y los avances en las técnicas endovasculares ofrecen nuevas posibilidades al tratamiento. En nuestro Servicio hemos tratado de esta forma 18 disecciones, por desarrollo de dilatación aneurismática, hematoma mediastínico o dolor. Todos los pacientes fueron tratados mediante colocación de endoprótesis Talent.

Resultados: La mortalidad perioperatoria (30 días) fue de un paciente y no se practicó ninguna conversión a cirugía abierta.
El seguimiento se realizó mediante TAC y radiología de tórax, con una media en el seguimiento de 12 meses. En un paciente al cabo de 6 meses se comenzó a observar la obliteración de la luz aórtica distal por crecimiento de trombo mural y a los 9 meses la luz se había reducido a menos de un 10%, por lo que se decidió su intervención colocando una prótesis aorto-monoilíaca derecha con oclusor en ilíaca izquierda y bypass fémoro femoral.
La terapéutica endovascular favorece el tratamiento de estos pacientes, pero en los casos de disecciones extensas la posibilidad de obstrucción de aórtica a nivel infrarrenal es importante, por lo que existen autores que propugnan de entrada el tratamiento de la disección y a la vez la colocación de una endoprótesis infrarrenal aorto mono ilíaca en la dirección de la disección.

CIRUGÍA COMBINADA CONVENCIONAL Y ENDOVASCULAR EN EL TRATAMIENTO DE LESIONES EN TANDEM DEL EJE CAROTÍDEO

José Gil Sales, José Porto Rodríguez, Agustín Arroyo Bielsa, Luis Leiva Hernando, Rubén Montero Mendizábal, Sergio Carmona Berriguete, Ricardo Gesto Castromil
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España

Objetivo: comunicar un caso de estenosis crítica de ostium de carótida primitiva izquierda (ACPI) con estenosis severa de bifurcación carotídea asociada tratado mediante cirugía combinada endovascular y convencional. Caso clínico: paciente de 72 años, exfumador, hipertenso y dislipémico, intervenido en 1989 de bypass aortobifemoral; que desarrolla en seguimiento estenosis bicarotídea severa asintomática. Dúplex / RM Angio: estenosis > 90% en bifurcación carotídea derecha, estenosis 75% bifurcación carotídea izquierda, y probable estenosis severa del ostium de la ACPI. Una arteriografía de TSA (vía humeral derecha) confirma las lesiones de bifurcación, y demuestra estenosis severa ostial de la ACPI, y estenosis moderada-severa larga de la porción postvertebral de la subclavia izquierda (ASI). Se realizó en un primer tiempo Endarterectomía de la carótida derecha. La presencia de un bypass aortobifemoral asociado a la estenosis de ASI, nos decidió a realizar en un segundo tiempo tratamiento combinado de las lesiones en tandem. A través de una cervicotomía izquierda estándar y clampaje de ACPI distal, punción retrógrada de cartida primitiva y liberación de stent 8x35mm expandible por balón en ACPI proximal insinuado en arco artico; seguido de Endarterectomía de carótida izquierda. Postoperatorio sin incidentes, alta al 3 día bajo doble antiagregación. Seguimiento a los 6 meses (Dúplex y RM Angio) sin evidencia de reestenosis.

Conclusión: Aunque la durabilidad de la angioplastia(stent en TSA no es bien conocida, ni está demostrada su equivalencia con la cirugía convencional (reimplantación carotídea, bypass carótido subclavio) es una técnica útil en casos seleccionados.

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE DEGENERACIÓN DE HOMOINJERTO ARTERIAL CRIOPRESERVADO.

Pilar Vilario López-Barranco, Ignacio Hernández-Lahoz Ortiz, Juan Carlos Fernández Fernández, Jorge Vilario Rico, Jorge Torre Eiriz, Ramón Joaquín Segura Iglesias
Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo- Marítimo de Oza.
A Coruña. España

OBJETIVO: Descripción de la evolución de un paciente tratado de un Síndrome de Leriche primero mediante by-pass aorto-bifemoral con prótesis de Dacron y después con homoinjerto arterial criopreservado.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se trata de un paciente de 64 años con antecedentes de DM, HTA, hipercolesterolemia, miocardiopatía dilatada y ex-fumador. En 1990 se realiza by-pass aorto-bifemoral con prótesis de Dacron. En 1994 se diagnostica de infección protésica secundaria a fístula entero-protésica, por lo que se retira la prótesis previa y se realiza by-pass aorto-bifemoral con homoinjerto arterial criopreservado bifurcado con dos extensiones desde las ramas del homoinjerto a ambas femorales, también con homoinjerto. En 1996 presenta trombosis aguda de la rama derecha. Se trata con fibrinolisis, recuperando pulso femoral, y se realiza by-pass fémoro-poplíteo a 1 porción con prótesis de PTFE en MID.

RESULTADOS: En 1996 se detecta, en control rutinario, una dilatación de la rama derecha del homoinjerto de unos 2cm. En 2005, dicha dilatación es de 5cm, por lo que reingresa realizándose colocación de dos stent recubiertos.Se consigue aislar el pseudoaneurisma de la rama derecha del by-pass.

CONCLUSIONES: La duración de los homoinjertos arteriales criopreservados es limitada, aunque se consiguen buenos resultados en los casos en los que no existe la posibilidad de utilizar otro tipo de material, y sobretodo cuando hay infección de by-pass previo. Es necesario un seguimiento más estrecho de este tipo de by-pass en comparación con otro tipo de materiales.

ESTUDIO HEMODINAMICO DEL FLUJO DE COLATERALES TRAS COLOCACION DE ENDOPROTESIS. ESTUDIO EXPERIMENTAL EN EL CONEJO

San Norberto E, Gutierrez V, Gonzalez JA, Nuño J, Del Blanco I, Diago MV, Vaquero C.
Hospital Universitario y Facultad de Medicina. Valladolid. España

Introducción: Uno de los principales problemas derivados del EVAR,es la persistencia de comunicantes permeables con el saco aneurismático, que mantienen la falta de exclusión del mismo. Determinar cuales son los factores que están implicados en la persistencia de esta permeabilidad ha dado lugar a múltiples estudios tanto desde el punto de vista clínico como experimental. Se realiza un estudio en el conejo con el fin de valorar la persistencia de ramas colaterales tras la oclusión del ostium de la arteria mediante técnicas endovasculares.

Material y Métodos: Se han utilizado 24 conejos de la raza Gigante Español. El modelo utilizado ha sido el eje carotídeo a nivel de la bifurcación. Se ha realizado la oclusión del origen de la arteria carótida externa mediante la colocación de un segmento de PTFE endoprotésico de 10 mm de longitud y 2 mm de diámetro con un aplicador. Se ha utilizado un fluxímetro electromagnético computarizado para la valoración hemodinámica colocando el sensor a nivel de la carótida primitiva, carótida interna, carótida externa y a nivel de las colaterales mayores de esta última arteria maxilar interna y temporal superficial, para valorar la situación del flujo se ha clampado de forma temporal las dos ramas de la arteria carótida externa una vez colocado la endoprótesis obturadora. Dos datos obtenidos han sido tratados automáticamente por un programa informatizado de valoración de flujos, incluyendo en el mismo el tratamiento estadístico.

Resultados y Discusión: Los resultados obtenidos indican que este método cruento de valoración es un excelente procedimiento para valorar el flujo y los cambios del mismo tras la oclusión o cierre de las diferentes arterias. Los datos aportados indican que tras la oclusión de la arteria carótida externa existe una clara disminución del flujo en las colaterales sin eliminarse el mismo si se mantenían abiertas por lo menos dos ramas por donde mantenerse el flujo. El estudio se realiza desde el punto de vista hemodinámica en arteria sana por lo que podría discutirse la posible influencia de los factores patológicos en la hemodinámica vascular

Conclusiones: a tenor de los resultados del trabajo se puede concluir que se mantendrá el flujo por la colateral a pesar del cierre del ostium si se mantiene abiertos dos afluentes de la misma, pero sin embargo se desarrollará el cierre de la arteria si se provoca la anulación del paso de sangre por alguna de las ramas colaterales.

STENT AÓRTICO EN PATOLOGIA ARTEROSCLERÓTICA. PRESENTACIÓN DE TRES CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

X. Admetller-Castiglione, B. Gomez-Moya, A. Barbod-Abad, F. Pañella Agustí, N. Rodríguez-Espinosa, R. García-Vidal, M. Mellado-Joan, V. Martin-Paredero
Hospital Universitario Joan XXIII Tarragona. España

INTRODUCCIÓN La colocación de stent para el tratamiento de estenosis focales aórticas de origen aterosclerótico no es frecuente en la práctica vascular habitual. Presentamos tres casos de estenosis focales aórticas tratadas mediante stent y realizamos una revisión bibliográfica.
CASOS CLÍNICOS Caso 1. Varón de 47 años, fumador, con isquemia arterial crónica EEII grado IIb. Exploración física: pulsos femorales débiles y abolición de poplíteos y distales. Arteriografía: calcificación aórtica infrarrenal, de 32 mm. de longitud, con estenosis >50%. Tras disección inguinal derecha se coloca STENT tipo MAX (eV3) de 36 mm. de long. Caso 2. Varón de 52 años, exfumador, dislipémico con claudicación glútea y gemelar bilateral a corta distancia. Exploración física: obliteración infrapoplítea con pulsos femorales disminuidos. Arteriografía: placa ulcerada en aorta terminal con estenosis del 60%. Tras disección inguinal izquierda y por introductor 11F se coloca STENT aórtico tipo MAX (eV3). Caso 3. Varón de 52 años, fumador, diabético, dislipémico. Afecto de isquemia arterial crónica grado IV de EII. Exploración física: obliteración femoropoplítea bilateral con pulsos femorales débiles. Arteriografía: coartación aorta infrarrenal y afectación severa ejes fémoropoplíteos bilaterales. Tras disección inguinal derecha y por introductor 11F se coloca STENT tipo MAX de 16x36mm.

COMENTARIOS En la bibliografía consultada, la permeabilidad primaria a los 5 años es del 77-94%. En nuestra corta experiencia creemos que la colocación de stent aórtico en este tipo de patología puede ser una técnica asequible y con unos resultados óptimos. Hasta la fecha, los procedimientos realizados siguen permeables.

ESTUDIO DE LA ISQUEMIA MEDULAR TRAS EL SELLADO INTRALUMINAL DE LA AORTA TORACO ABDOMINAL DE LA RATA MEDIANTE ENDOPROTESIS

Ibáñez MA, Nuño J, Gutierrez V, Gonzalez JA, Del Río L, Diago MV, Vaquero C.
Hospital Universitario y Facultad de Medicina. Valladolid. España

Introducción: La isquemia espinal, es una de las complicaciones más temidas tanto después de la cirugía convencional ó endovascular a nivel toraco-abdominal. Valorar su fisiopatología, etiopatogenia y desarrollar procedimientos para su prevención es tema de gran importancia clínica. Los procedimientos endovasculares han hecho reconsiderar esta posibilidad impulsando nuevos estudios al respecto.

Material y métodos: En el estudio se ha utilizando 36 ratas Wistar-Lewis, para valorar las repercusiones medulares del sellado de la aorta toráco-abdominal mediante la colocación de una endoprótesis de PTFE de 2 mm a nivel toráco-abdominal, sellando toda la aorta torácica a través de una arteriotomía aórtica distal utilizando un aplicador endovascular, en comparación de un segundo grupo al que se le realizó una disección de la aorta torácica y ambos comparados con el grupo testigo con operación simulada. Las repercusiones se han valorado mediante un sensor colocado en la medula espinal por vía posterior que obtenía los potenciales bioeléctrico con microsondas. El estudio se ha realizando determinando los potenciales de acción a las dos horas de practicado el sellado intraluminal, a las 8 horas y los dos días en subgrupos de 6 animales cada uno. Al final del estudio se ha obtenido la médula espinal para su procesamiento histológico.

Resultados y Discusión: La afectación mas importante de la médula sucede a las 8 horas tras el sellado intraluminal y que a las 48 horas existían indicios de recuperación espinal en el grupo del sellado endovascular. Posiblemente en la rata se pongan en marcha mecanismos compensadores como la circulación colateral tanto a nivel de los vasos parietales toraco-abdominales como los de la propia médula espinal. La valoración del modelo utilizado debe de hacer considerar que los vasos utilizados son normales libres de patología por una parte, pero por otra por esta misma razón, los territorios evaluados pueden ser mas sensibles a la acción de la isquemia al no haberse desarrollado de forma crónica otros mecanismos de compensación hemodinámica

PREVALENCIA DE ENFERMEDAD CAROTIDA EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES INTERVENIDOS DE BYPASS AORTOBIFEMORAL.

García-Fernández F., Breteau I., Martel E., López R., Justo I., Saez T., Hermida M., Sotgiu E., Volo G., Cabrera V.
Hospital de Gran Canaria Dr. Negrin. Las Palmas Gran Canaria. España

Objetivo: Conocer la prevalencia de estenosis carotidea asintomática >60% (ECA) en pacientes que han sido intervenidos de Bypass Aortobifemoral (ABF), para analizar el beneficio del screening en este subgrupo de riesgo.

Material y Metodos: Durante Enero 1998 hasta Diciembre 2003 se intervinieron 100 pacientes de ABF por aneurisma de aorta abdominal infrarrenal y por enfermedad aorto-iliaca oclusiva (TASC C, D; y oclusión aorta). Durante el preoperatorio se les realizó un Eco-Doppler de Troncos supraaorticos(ED) y los que presentaron ECA>60% se trataron con endarterectomia carotidea(EDA) previo a la cirugía de aorta . Fueron seguidos al 1, 3 y 6 mes durante el primer año y posteriormente revisiones anuales con ED.

Resultados: 15 pacientes fueron diagnosticados de ECA >60% durante cinco años. Edad media: 67,5; varones:100%; HTA: 80%; DM :46,7%; fumadores: 60%; antiagregación: 80%; estatinas: 66,7%; LDL: 188±33,4; ITB: 0,660,2. Previamente a ABF: La prevalencia de ECA >60% fue 11%. 6 pacientes presentaron oclusión de arteria carotida interna sin estenosis contralateral; 2 presentaron estenosis crítica bilateral y 3 estenosis crítica unilateral. Se realizaron 6 EDA. Estos pacientes han permanecido asintomáticos y sin reestenosis. Durante el seguimiento de los 100 pacientes, se han diagnosticado 6 nuevos casos de ECA > 60%, que fueron intervenidos con éxito.

Conclusiones: El cribado esta justificado Dada la alta prevalencia de estenosis carotidea >60%en los pacientes con patología arterial periferica avanzada y en pacientes con AAA asociada a patología obstructiva el screnning de enfermedad carotidea esta justificado.

ANGIOGÉNESIS ESPONTÁNEA DESE RAMA MUSCULAR DE LA ARTERIA FEMORAL PROFUNDA A INJERTO FEMORO-TIBIAL POSTERIOR CON VENA SAFENA INTERNA CONTRALATERAL INVERTIDA.

Cristina Abarrategui Soria, José Porto Rodríguez, Agustín Arroyo Bielsa, Rubén Montero Mendizábal, Luis Leiva Hernando, José Gil Sales, Sergio Carmona Berriguete, Ricardo Gesto Castromil.
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España

Objetivo: comunicar un caso de angiogénesis espontánea en paciente aterosclerótico joven. Caso clínico: paciente remitido desde otro centro para tratamiento de isquemia crítica de MII. Antecedentes personales: HTA, fumador. Intervenido de Bypass femorofemoral (izquierda-derecha) y bypass femoropoplíteo izquierdo PTFE a los 47 años (2000); stent ilíaco izquierdo (2001); bypass femoropoplíteo izquierdo VSA invertida (2002); trombectomía del bypass VSA, angioplastia percutánea de anastomosis distal y angioplastia con parche de 3 porción poplítea (2002). En Octubre de 2002 es intervenido en nuestro servicio realizándose un Bypass femorotibial posterior izquierdo con vena safena invertida de miembro contralateral, es alta con antiagregación y anticoagulación. Seguimiento dúplex, según protocolo, sin hallazgos relevantes. Reingresa en Noviembre de 2004 por isquemia aguda secundaria a oclusión de bypass femorotibial posterior. Una arteriografía demuestra oclusión de la porción proximal del bypass con recanalización del mismo en tercio medio de muslo, a través de rama muscular de la femoral profunda, con permeabilidad sin lesiones de la porción distal del bypass y la tibial posterior. Reintervenido practicándose sustitución de la porción ocluida por vena cefálica invertida de MSD sin complicaciones.

Conclusiones: La angiogénesis espontánea es infrecuente en el sistema arterial. No hemos encontrado casos similares descritos en la literatura. La mala evolución de este caso ilustra además sobre lo azaroso de la revascularización de pacientes ateroscleróticos jóvenes en situación de claudicación intermitente.

VALORACION HEMODINAMICA DEL SACO ANEURISMATICO DESPUES DE LA IMPLANTACION DE ENDOPROTESIS, ESTUDIO MANO Y FLUXIMETRICO

Cenizo N, Carrera S, Agudo J, Gutierrez V, Gonzalez JA, Diago MV, Vaquero C.
Hospital Universitario y Facultad de Medicina. Valladolid. España

Introducción: La implantación de endoprotesis como tratamiento del AAA se ha mostrado como un método resolutivo, pero por otro lado no exento de complicaciones. El crecimiento del saco aneurismatico y la posterior ruptura del mismo ocasionado por problemas de endotensión o hiperpresión del saco excluido o la existencia de fugas a nivel del mismo representa una de las posibles causas de las posibles complicaciones. La fisiopatología del saco excluido con todos los acontecimientos que en el suceden tanto desde el punto de vista hemodinamico como manometrito no es del todo conocido. La investigación sobre métodos que nos permitan monitorizar los cambios o situaciones que a nivel del saco pueden suceder pueden mostrase como un elemento fundamental para poder predecir y prevenir cualquier acontecimiento adverso.Se presentan un estudio realizado a nivel experimental en un modelo in vitro.

Material y Método: El modelo in vitro basado en un modelo de AAA de latex conectado con un circuito hidrodinamico de conducciones plásticas soportado el flujo en el trabajo de una bomba peristáltica conectada al circuito semiabierto a nivel de las colaterales con sistema de cierre y apertura por clampado. Se basa el estudio por una parte en la valoración de la fluximetría medida a nivel del eje central, de las ramas terminales iliacas, a nivel de las colaterales de grueso tamaño a modo de renales y a nivel de ramas colaterales de menor tamaño emergentes del saco aneurismático. Por otro lado se realizaba un estudio manométrico a nivel sistemico y sacular mediante la colocación de dos sondas. Todas las evaluaciones se realizaron en diversas situaciones como es la previa aneurismatica, tras la exclusión del saco aneurismatico mediante la implantación de una endoprotesis bifurcada modular de dos piezas AneurexR, en la situación de una fuga provocada en la endoprótesis mediante la desconexión parcial de la pata y en situaciones de apertura y cierre de colaterales saculares. La fluximetría y manometría se cuantifico y se registraron sus curvas realizándose posteriormente un estudio estadístico con los datos obtenidos.

Resultados: Los resultados mostraron quela fluximetria a nivel de las ramas terminales iliacas o las renales no variaron en las diferentes citaciones experimentales. A nivel de las colaterales saculares el flujo se anuló con la colocación de la endoprótesis o cierre de colaterales y se mantuvo en situación de fuga. Las presiones saculares se anularon aunque no del todo con la colocación de la endoprótesis, siendo casi normales con la existencia de endoleak o fuga. Con la apertura de colaterales la presión disminuyo lo contrario sucedió con la apertura de las mismas.

Discusión: Los resultados mostraron que el modelo in vitro arrojó información hemodinámica sobre el flujo a nivel de las distintas ramas y colaterales, siendo sus datos equiparables a los recogidos en la bibliografía en modelos biológicos. Los resultados parecen estar de acuerdo con los últimos datos aportados en la bibliografía en relación a que parece ser que no puede ser tan nociva la existencia de vasos permeables a nivel del saco aneurismático al actuar los mismos como válvulas de escape que en parte pueden mitigar las situaciones de endotensión e hiperpresión intrasacular.

ANEURISMA DE ARTERIA VISCERAL A PROPÓSITO DE UN CASO

T. Sáez [1], **E. Martel**[1], **F. García**[1], **R. López**[1], **I. Justo**[1], **M. Hermida**[1], **G. Volo**[1], **E. Sotgiu**[1], **I. Breteau**[1], **V. Cabrera**[1], **J.F. Perez**[2], **F. Cruz**[2], **J.M. Pulido**[3].
[1] Servicio Angiología y Cirugía Vascular y [2] Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo
Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. España

Introducción: los aneurismas de arterias viscerales (AAV) son poco comunes pero constituyen una importante forma de enfermedad vascular abdominal, mostrando un elevado porcentaje de mortalidad en la cirugía de urgencia.

Método: se presenta un caso clínico de abdomen agudo en un varón de79 años que refería dolor abdominal de 12 horas de evolución, diagnosticado posteriormente de hemoperitoneo masivo secundario a rotura de aneurisma de arteria gástrica izquierda.

Conclusiones: los aneurismas de las arterias gástricas y gastroepiploicas constituyen aproximadamente el 4% de los aneurismas de arterias digestivas. Afectan a individuos entre la sexta y séptima décadas de la vida y predominan en varones sobre mujeres 3:1. La mayoría de los aneurismas descritos en la literatura son asintomáticos, debutando en forma de urgencias vasculares, realizándose el diagnóstico en el 90% de los casos en el momento de la ruptura aneurismática. Aproximadamente el 70% estaban asociados a sangrado intestinal importante, y el 30 % restante a sangrado intraperitoneal que condicionaba compromiso vital inmediato. El tratamiento debe dirigirse a controlar la hemorragia masiva, ya que, aproximadamente el 70% de estos pacientes mueren tras la ruptura aneurismática. Por tanto es necesario un diagnostico precoz y una intervención quirúrgica de urgencia para aumentar la supervivencia, y aunque la cirugía continua siendo necesaria en muchos de estos casos, la embolización es efectiva en el tratamiento de algunos AAV.

INFECCIÓN DE PRÓTESIS AORTO-BIILÍACA: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Ivone Silva, Rui Almeida, Paulo Almeida, Mergulhão Mendonça
Hospital Geral Santo António
Porto – Portugal

Objetivo: Revisar la literatura acerca de la infección precoz de prótesis aórticas

Material y método: describimos un caso clínico de un paciente de 51 años con S. Leriche sometido a un by-pass aorto-biilíaco.
En el posoperatorio sufrió un cuadro de sepsis, siendo extraída la prótesis aorto-biilíaca 12 días después de la cirugia inicial.
Se efectuó cirugía de revascularización con prótesis axilobifemoral, previa angioplastia de arteria subclavia izquierda.
Después de 13 cirugias de lavado peritoneal y un mes en cuidados intensivos, se procedió al cierre de la pared abdominal com prótesis de Vicryl.

Resultado: el paciente se encuentra asintomático desde el punto de vista vascular.

Los autores revisan la literatura para definir e ayudar a prevenir la catástofre vascular que supone la infección de prótesis aórticas en el posoperatorio precoz.

X CONVENCIÓN CIRUJANOS VASCULARES DE HABLA HISPANA

Hotel Meliá Tamarindos

Las Palmas de Gran Canaria, 12-14 de Octubre de 2005

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Participante

Apellidos: .....

Nombre: .....

Dirección: ..... C.P.: .....

Ciudad:..... Provincia: .....

Teléfono: ..... E-mail: .....

Cuotas de Inscripción

Miembros CVHH	☐ 350 €
Congresista no miembro	☐ 375 €
Médicos en formación	☐ 225 €
Acompañantes	☐ 225 €

La cuota de congresistas y acompañantes incluye la Recepción de Bienvenida, almuerzos de trabajo, Jornada de Confraternización y Cena de Clausura.

Forma de Pago

Deberá hacerse junto con este impreso mediante:

- Transferencia bancaria a nombre de Viajes El Corte Inglés, indicando:

  X Convención de Cirujanos Vasculares Habla Hispana

  BSCH 0049 1500 03 2810355229

  enviar copia sellada por el banco junto con este formulario al fax: 928 29 13 53

- Tarjeta de crédito:

  ☐ El Corte Inglés S.A. ☐ VISA ☐ AMEX ☐ Diners Club

  Autorizo a Viajes El Corte Inglés, S.A. a cargar la cantidad de ..... euros a mi tarjeta de crédito:

  Nº Tarjeta: ..... Caducidad: .....

  Firma (indispensable):

X CONVENCIÓN CIRUJANOS VASCULARES DE HABLA HISPANA

Hotel Meliá Tamarindos

Las Palmas de Gran Canaria, 12-14 de Octubre de 2005

FORMULARIO DE ALOJAMIENTO Y TRANSPORTE

Datos personales

Apellidos: .....

Nombre: .....

Dirección: ..... C.P.: .....

Ciudad:..... Provincia: .....

Teléfono: ..... E-mail: .....

Reserva: Solicito me reserven los siguientes servicios

Avión

Ciudad de origen: .....

Nº de plazas: .....

Fecha de salida: ..... Fecha de regreso: .....

Hoteles

Día de llegada: ..... Día de salida: ..... Nº de personas: .....

Por favor, señale el hotel deseado y el tipo de habitación:

Hoteles	Doble A/D	Doble Vista mar	Individual A/D
Meliá Tamarindos *****	53.56 €	74.16 €	87.61 €
Don Gregory ****	52.00 €		73.00 €
IFA Beach ***	40 €		60.00 €
Costa Canaria ****	67 €		

Los precios son por persona y noche con desayuno. 5% igic no incluido.

Forma de Pago

Deberá hacerse junto con este impreso mediante:

- Transferencia bancaria a nombre de Viajes El Corte Inglés, indicando:
  X Convención de Cirujanos Vasculares Habla Hispana
  BSCH 0049 1500 03 2810355229
  enviar copia sellada por el banco junto con este formulario al fax: 928 29 13 53
- Tarjeta de crédito:
  ☐ El Corte Inglés S.A. ☐ VISA ☐ AMEX ☐ Diners Club
  Autorizo a Viajes El Corte Inglés, S.A. a cargar la cantidad de ..... euros a mi tarjeta de crédito:
  Nº Tarjeta: ..... Caducidad: .....
  Firma (indispensable):

información general

Fechas
12, 13 y 14 de Octubre de 2005

Sede
Hotel Meliá Tamarindos
C/ Retama, 3 – 35100 Playa de San Agustín
Tel. (34) 928 774 090 • Fax (34) 928 774 091

Secretaría Científica
Toda la correspondencia científica se tramitará a través de la Secretaría general de CVHH.
Apartado de Correos 24314 • 08080 Barcelona (España)
Tel. (34) 93 863 05 31 – (34) 93 863 02 38 • Fax (34) 93 863 05 57
E-mail: cvhh@uriach.com

Secretaría Técnica
Viajes El Corte Inglés, S.A. – Grupos, Convenciones y Congresos
Avda. Juan XXIII, nº 9 – 35004 Las Palmas de Gran Canaria
Tel. 928 29 13 53 • Fax 928 29 18 76
E-mail: comercial_lpa@viajeseci.es

Identificación
Es obligatorio llevar la identificación para acceder a la Sala de Ponencias y a la Exposición Comercial.

Lengua Oficial: Español

Sala de pruebas
Todos los ponentes deben acudir a la Sala de pruebas para la entrega previa de las ponencias.

Transporte
La organización del Congreso dispondrá de un servicio de autobuses que cubrirá el desplazamiento de los Congresistas desde el aeropuerto al hotel oficial y viceversa.
Confirmar horarios con la Secretaría Técnica.

Teléfonos de interés

Radio Taxi:	928 45 56 66
Iberia:	902 303 200
Spanair:	902 200 680
Air-Europa:	902 401 503

s o c i o s p r o t e c t o r e s

BARD DE ESPAÑA, S.A.

GRUPO URIACH

JOHNSON & JOHNSON

W.L. GORE Y ASOCIADOS, S.L.

Disgren®

Triflusal

Grupo Uriach