XII CONVENCIÓN DE CIRUJANOS VASCULARES DE HABLA HISPANA

10, 11, 12 y 13 de Octubre de 2009

CUSCO - (Perú)

ÍNDICE

Comité de Honor 5

Comité Organizador 5

Junta Directiva CVHH 5

Programa Científico 7

Participantes 19

Comunicaciones libres 21
I SESION

Sesión de Pósters 35

Comunicaciones libres 55
II SESION

Comunicaciones libres 67
III SESION

Comunicaciones libres 81
IV SESION

Información General 99

COMITÉ DE HONOR

Excmo. Luis Florez García
Alcalde de la Municipalidad del Cusco

Lic. Hugo Gonzáles Sayán
Presidente Regional del Cusco

Dr. Lucio Velásquez
Presidente del Colegio de Médicos del Cusco

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente Fernando Bautista
Vicepresidente Carlos Donayne
Vocales Carlos Zuñiga
Napoleón Delgado

JUNTA DIRECTIVA CVHH

Presidente Gesto, R. (Madrid)
Presidente Electo Queral, L. (Florida)
Expresidente Parodi, J.C. (EE.UU.)
Vicepresidentes G. García (Medellín). M. Matas (Barcelona)
Secretario General M. Martínez (Santiago de Compostela)
Tesorero Dr. Arroyo, A. (Madrid)
Vocales Fajardo, D. (Colombia)
Jaramillo, V. (Ecuador)
Lozano, P. (Palma de Mallorca)
Vaquero, C. (Valladolid)
Sánchez, L. (St. Louis)
Valdés, F. (Santiago de Chile)

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente Matas, M. (Barcelona)
Vicepresidente Fernández, V. (Barcelona)
Vocales González-Fajardo, J.A. (Valladolid)
Mertens, R. (Santiago de Chile)
Rodríguez, J. (Fenix)

Sábado, 10 de octubre de 2009

18:00 h **Apertura de la Secretaría del Congreso.**
Hotel Libertador. *Sala Pachacútec*

20:00 h **Cocktail de Bienvenida.**
Hotel Libertador. *Salón Qoricancha*

Domingo, 11 de octubre de 2009

08:00-10:30 h **Comunicaciones Libres**
I SESIÓN
Sala Machu Picchu
Moderadores: Dr. Mertens, Dr. Fernández Valenzuela

Pág.

1. **Ablación endoluminal de las varices de safena interna con electrocoagulación.** 23
Jaramillo Vergara V.H., Medina Iturre M.
Servicio de Cirugía Vascular y Angiología del Hospital Carlos Andrade Marín. Quito. Ecuador.

2. **Evolución del tratamiento de las varices en un servicio de cirugía vascular de actividad pública. 2000-2008.** 24
Roche E., Mejía S., Salarich M., Puig A., Garrido A., Rodríguez J.
Hospital Plató. Barcelona. España.

3. **Recidivas varicosas en pacientes tratados con safenectomía interna *vs* estrategia CHIVA. Estudio a seis años de seguimiento.** 25
Mejía S., Roche E., Salarich M., Rodríguez J., Puig A.
Hospital Plató. Barcelona. España.

4. **Esclerosis Fisiológica.** 26
Guerrero Gonzalez V., Parra Ortiz A.
Unidad de Enfermedades Venosas México. Irapuato Guanajuato. México.

5. **Inicio de la transiluminación. Fin de la esclerosis de las telangiectasias.** 27
Parra Ortiz A., Guerrero Gonzalez V.
Unidad de Enfermedades Venosas México. Irapuato Guanajuato. México.

Pág.

6. Tratamiento endovascular de la tromboembolia pulmonar masiva aguda. 28
ZÚÑIGA LUNA C., TALLEDO QUAGLINO O., TORRES RUIZ L., RICSE CASTRO S., VILLANUEVA OJEDA C.
Clínica Anglo Americana. Lima. Perú.

7. Filtros de vena cava inferior en ubicación suprarrenal. Experiencia en 30 pacientes. 29
MARINÉ L., VALDÉS F., MERTENS R., KRÄMER A., BERGOEING M.
Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile. Chile.

8. Síndrome de la vena cava superior e inferior, tratamiento endovascular. 30
GOSSELIN J., GARCÉS D.
Polyclinique de Blois. Blois. Francia.

9. Ligadura laparoscópica de vasos gonadales para insuficiencia venosa pélvica. 31
PAOLA ORDÓÑEZ C., GARCÍA VÉLEZ J.F., GERARDO CADAVID L., MEJÍA A., FERNANDO GÓMEZ J., HERNÁNDEZ N.
Departamento de Cirugía vascular, laboratorio vascular y hemodinamia. Clinica Cardiovascular Santamaría. Medellín. Colombia.

10. Manejo endovascular del síndrome de congestión pélvica. Técnica y resultados clínicos. 32
MUÑOZ J.G., LÓPEZ E., ACOSTA C., CADAVID L.G., GOMEZ J.F., HERNANDEZ N.
Departamento de Hemodinámica y Enfermedades Vasculares. Clinica Cardiovascular Santamaria. Medellín. Colombia.

11. Desconexión de venas gonadales vía extraperitoneal, técnica quirúrgica para olvidar en el tratamiento de la insuficiencia venosa abdomino-pélvica. 33
GARCÍA MARTÍNEZ G., FERNANDO TIMARÁN R., URIBE J.A., GARCÍA J.F.
Medellín. Colombia.

12. Descompresión hepática en el síndrome de Budd-Chiari: seguimiento a largo plazo. 34
KRÄMER A., VALDÉS F., MERTENS R., MARINÉ L., BERGOEING M., IRARRÁZAVAL M.J., HUETE A.
Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago. Chile.

10:30-11:00 h **Conferencia Presidencial**
DR. R. GESTO. *España.*

11:00-11:30 h **Pausa-Café.**

11:30-13:30 h **MESA REDONDA**
Actitud actual ante la trombosis venosa profunda

Moderadores: Dr. F. Bautista. *Perú.*
Ponentes: Dr. Rosa Cotrina. *Perú.*
Dr. J. A. Gonzalez-Fajardo. *España.*
Dr. A. Mansilla. *Portugal.*
Dr. D. Luis Queral. *EE.UU.*
Dr. O. Talledo. *Perú.*

13:15-13:45 h **Inauguración Oficial**

14:45-15:15 h **Comida de trabajo**

15:15-17:00 h **Sesión de Posters**
Sala Machu Picchu
Moderadores: Dr. J.A. González-Fajardo. *España,*
Dr. M. Matas Docampo. *España.*

Pág.

P01. Fístula arteriovenosa subclavia: tratamiento después de 25 años. 37
Zúñiga Luna C., Abuhadba Rondón G., Delgado Salazar N., Bautista Sánchez, F.
Instituto Nacional del Corazón - INCOR. ESSALUD. Lima. Perú.

P02. Coartación de aorta en arteritis de Takayasu. Reporte de un caso resuelto por vía endovascular. 38
Abuhadba Rondón G., Zúñiga Luna C., Bautista Sanchez F.
Instituto Nacional del Corazón - INCOR. ESSALUD. Lima. Perú.

P03. Tumores del cuerpo carotídeo. Experiencia de la Clínica Cardiovascular. 39
Tobón Rámirez A., Hernández Cárdenas N., Gómez Hoyos J.F., Cadavid Velasquez L.G.
Clínica Cardiovascular. Medellín. Colombia.

P04. Isquemia crítica y arteria ciática persistente. 40
Asensio García R., Ros Vidal R., Salmerón Febres L.M., Linares Palomino J.P., Cuenca Manteca J.B., Ros Díe E.
Hospital Universitario San Cecilio. Granada. España.

P05. Complicaciones en adolescente con insuficiencia renal aguda. 41
Fernández F., Asensio R., Carrasco D., Muñoz E., Ros R., Ros E.
Hospital Universitario San Cecilio. Granada. España.

P06. Tratamiento videoendoscópico de aneurisma de arteria esplénica. 42
Delgado N., Bautista F., Salinas Sedó G., Saavedra L.
ESSALUD - Clínica Maison de Santé. Lima. Perú.

Pág.

P07. Recurrencia tardía de fístula aortoentérica primaria tras tratamiento endovascular. 43
ADEBA VALLINA E., DE LA TORRE A.Gª., GONZÁLEZ GONZÁLEZ J., SANZ ALVAREZ L., COSIO MIR J., VALLE GONZÁLEZ A., POLVORINOS PASCUAL Mª FE.
Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. España.

P08. Papel de la esclerosis en la tendinitis crónica. A propósito de un caso.
CARRASCO DE ANDRÉS D., ROS VIDAL R., FERNÁNDEZ QUESADA F., CASTILLO DORADOR S., ASENSIO GARCÍA R., CUENCA MANTECA J.B., ROS DÍE E. 44
Hospital Universitario San Cecilio, Granada. España.

P09. Repermeabilización mediante técnicas endovasculares de oclusión de injerto protésico aorto-visceral: a propósito de un caso.
MARTIN ALVAREZ A., CARMONA BERRIGUETE S., MORÁN DE LA TORRE O., LÓPEZ QUERO D., MIGODZINSKI A., LAGUNA PARDO P., COLLADO BUENO G. 45
Complejo Hospitalario de Badajoz. Badajoz. España.

P10. Inducción de la trombosis con radiofrecuencia de los sacos aneurismáticos tras la exclusión endovascular a nivel torácico.
VAQUERO C., GONZÁLEZ FAJARDO J.A., GUTIÉRREZ V., CARRERA S., SAN NORBERTO E. 46
Departamento de Cirugía Experimental. Facultad de Medicina de Valladolid. Valladolid. España.

P11. Lesión aórtica por esplacnicectomía videotoracoscópica.
FERNÁNDEZ F., CARRASCO D., MUÑOZ E., ASENSIO R., ROS E.
Hospital Universitario San Cecilio Granada. Granada. España. 47

P12. Fístulas aortoesofágicas tras tratamiento endovascular de aorta torácica. A propósito de dos casos y revisión de la bibliografía.
SAN NORBERTO GARCÍA E.M., GUTIÉRREZ V.M., MARTÍN-PEDROSA M., CENIZO N., MENGÍBAR L., REVILLA A., SALVADOR R., MERINO B., VAQUERO C. 48
Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.

P13. Tratamiento endovascular urgente en aneurisma toraco-abdominal complicado.
GUTIÉRREZ ALONSO V., MENGÍBAR FUENTES L., REVILLA CALAVIA A., SAN NORBERTO GARCÍA E., MARTÍN PEDROSA M., CENIZO REVUELTA N., DEL RÍO SOLÁ L., IBÁÑEZ MARAÑA M., VAQUERO PUERTA C. 49
Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.

Pág.

P14. Infección de endoprótesis tratada mediante reemplazo de aorta torácica descendente con homoinjerto criopreservado de donante cadaver. 50
García Franco C.E., Dzieciuchowicz L., Grochowicz L., Martin Trenor A., Espinosa G.
Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. España.

P15. Sindrome de robo de la subclavia: trasposición de la arteria subclavia a la carótida común. Reporte de un caso. 51
Vera Talledo L., Abuhadba G., Bautista Sanchez F.
Hospital Nacional Guillermo Almenara. Lima. Perú.

P16. Isquemia aguda post cirugía mínimamente invasiva de incontinencia urinaria reporte de un caso. 52
Arancibia Sanhueza A., Barral X.
Hospital Víctor Ríos Ruiz. Los Ángeles. Chile.

P17. Revascularización de arteria mesentérica superior aislada por isquemia intestinal crónica. Reporte de un caso. 53
Arancibia Sanhueza A., Barral X.
Hospital Víctor Ríos Ruiz. Los Ángeles. Chile.

17:00-17:30 h **Pausa-Café.**

17:30-19:30 h **Comunicaciones Libres**
II SESION
Sala Machu Picchu
Moderadores: Dr. González Fajardo, Dr. Julio Rodríguez

13. Valoración de la respuesta neuroendocrina en la cirugía carotídea. 57
González-Fajardo J.A., Salvador R., Aguirre B., Del Río L., Brizuela J.A., Carpintero L., Gutiérrez V., Vaquero C.
Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.

14. Paragangliomas carotídeos: dos estudios etiopatogénicos. 58
Lozano F., Muñoz A., Eleno N., González-Sarmiento R.
Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Pág.

15. Tratamiento endovascular del trauma de troncos supra aórticos. Reporte de 7 casos. 59
MICHEL BERGOEING R., RENATO MERTENS M., LEOPOLDO MARINÉ M., KRÄMER SCH. A., VALDÉS E.F.
Departamento de Cirugía Vascular y Endovascular, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile. Chile.

16. Alternativas quirúrgicas de las lesiones ateromatosas occlusivas de la arteria subclavia: cirugía abierta o endovascular. 60
GARCES D., GOSSELIN J.
Polyclinique y Centro Hospitalier de Blois. Blois. Francia.

17. Prevalencia de la estenosis carotídea asintomática en pacientes con enfermedad arterial periférica. 61
BARBA A., VEGA M., ESTALLO L., DE LA FUENTE N., VIVIENS B., GÓMEZ R.
Hospital de Galdakao-Usánsolo. Galdakao. España.

18. Monitorizacion mediante oximetría de la irrigación cerebral en la cirugía carótidea. 62
BRIZUELA J.A., GUTIÉRREZ V., CARRERA S., SAN NORBERTO E., GONZÁLEZ FAJARDO J.A., VAQUERO C.
Servicio Cirugía Vascular. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.

19. Cirugía combinada de endarterectomía carótidea y revascularización miocárdica. Experiencia en el instituto Nacional del Corazón. ESSALUD. Lima-Perú. 2003-2009. 63
CUYA W., BAUTISTA F., CERVERA J., MORÓN J., CARLOS RAMIREZ J.
Lima. Perú.

20. Endarterectomía carotídea: estudio comparativo entre pacientes de bajo riesgo frente a pacientes de alto riesgo. 64
ANAYA SIFUENTES M., GALLEGO FERREIROA C., VIDAL REY J., ROSENDO CARRERA A.
Hospital Xeral Cies. Vigo. España.

21. Stent carotídeo transcervical en octogenarios: resultados inmediatos y seguimiento a 2 años en 88 casos. 65
MATAS M., ALVAREZ B., RIBO M., CONSTENLA I., MESTRES G., MAESO J.
Hospital Universitario Vall d´Hebron. Barcelona. España.

22. Tratamiento endovascular *versus* endarterectomía carotídea. Experiencia de 8 años en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón. 66
RUIZ CHIRIBOGA D.F.
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Lunes, 12 de Octubre de 2009

08:00-10:30 h **Comunicaciones Libres**
III SESION
Sala Machu Picchu
Moderadores: Dr. Mertens, Dr. Fernández Valenzuela.

Pág.

23. Implante de células madre autólogas en pacientes con insuficiencia arterial crónica de los miembros inferiores estadios IIb. 69
Artaza Sanz H.M., Hernández Ramírez P., Del Valle Pérez L., Socarrás Ferrer B.B., González Iglesias A.I., Matamoros Martínez de Pinillos M.A., González Suárez T., Goicochea Díaz P., Blanco Díaz A., González Viñales D., Atencio Sariol E., García Pelegri S.
Hospital General Clínico Quirúrgico Docente "Enrique Cabrera". Ciudad Habana. Cuba.

24. Oxigenoterapia hiperbárica en cirugía vascular. 70
Juliá J., Batle J.M., Torreguitart N., Riera, R. Lozano, P.
Hospital Universitario de Son Dureta. Palma de Mallorca. España.

25. Tratamiento con heberprot-p en pie diabético. 71
Manuel Hernández Cañete C., Sánchez Montiel M.E., Vega Garcïa. R.
Hospital Provincial Docente "Dr Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila. Cuba.

26. Nuevo abordaje quirúrgico en el tratamiento de la hiperhidrosis plantar. 72
Salinas G., Saavedra L., Sánchez V., Bautista F., Quispe R., Hernández J.M., Nodal J., Málaga D.
Lima. Perú.

27. Patología vascular y trasplante renal. 73
Segura Iglesias R.J., González Martín M.
CHU A Coruña. A Coruña. España.

28. Estudio de la validez del dúplex intraoperatorio en la búsqueda de fístulas A-V durante la realización del bypass *in situ*. 74
Perez-Burkhardt J.L., Ucelay R.
Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. Santa Cruz de Tenerife. España.

29. Traumatismos vasculares por asta de toro, nuestra experiencia. 75
Carrera S., González-Fajardo J.A., Arce N., Beltran de Heredia J., Vaquero C.
Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.

Pág.

30. Resultados a mediano plazo del reparo endovascular de aneurismas de la arteria poplitea. 76
SICARD G., GERAGHTY P., RUBIN B., SANCHEZ L.
Washington University/Barnes-Jewish Hospital. St. Louis, Missouri. U.S.A.

31. Resultados a corto y mediano plazo del manejo de la enfermedad arterial oclusiva crónica infrainguinal con stent y/o angioplastia. 77
LÓPEZ SALAZAR E., DIEGO GARCÍA A., SEGURA D., GERARDO CADAVID L., GÓMEZ HOYOS, J.F., HERNÁNDEZ N.
Departamento de Hemodinámica y Enfermedades Vasculares. Clínica Cardiovascular Santamaría. Medellín. Colombia.

32. Estudio comparativo de la aterotomía con y sin stent cubierto en animales sanos y ateromatosos. 78
VAQUERO C., GONZÁLEZ FAJARDO J.A., CARRERA S., SAN NORBERTO E., GUTIERREZ V.
Departamento de Cirugía Experimental. Facultad de Medicina de Valladolid. Valladolid. España.

33. Valoración del stent en acero cubierto de una membrana de PTFE (Advanta V12®) en el tratamiento de lesiones oclusivas aorto-ilíacas. 79
SESSA C., COCHET E., DE LAMBER A., MAGNE J.L.
Hospital Universitario de Grenoble. Francia.

11:00 h **Jornada de Confraternización**
Valle Sagrado de los Incas

Martes, 13 de Octubre de 2009

08:00-11:00 h **Comunicaciones Libres**
IV SESION
Sala Machu Picchu
Moderadores: Dr. M. MATAS, Dr. J. RODRÍGUEZ.

34. Tratamiento endovascular en la rotura de aorta torácica descendente.
SALMERÓN L.M., CUENCA J., CARRASCO D., ASENSIO R., LINARES J., ROS E. 83
Hospital Clínico San Cecilio de Granada. España.

Pág.

35. Tratamiento endovascular de las lesiones traumáticas de la aorta torácica. Seguimiento a corto-medio plazo. 84
FERNÁNDEZ VALENZUELA V., MESTRES ALOMAR G., MAESO LEBRUN J., ALOY ORTIZ M., YUGUEROS X., MATAS DOCAMPO M.
Hospital Universitario Vall d'Hebron. Universidad Autonoma de Barcelona. Servicio de Angiologia, Cirugía Vascular y Endovascular. Barcelona. España.

36. Manejo endovascular de aneurismas de aorta torácico y aneurisma de aorta abdominal. Técnica endovascular e híbrida. 85
ARISMENDI ORTIZ I., RAMÍREZ HERRÁN W.
Medellín. Colombia.

37. Tratamiento "híbrido" del aneurisma tóraco-abdominal. 86
MERTENS R., VALDÉS F., KRÄMER A., BERGOEING M., MARINÉ L.
Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago. Chile.

38. Tratamiento quirúrgico abierto y endovascular de la coartación de aorta en paciente adulto. 87
SAN NORBERTO E.M., GONZÁLEZ-FAJARDO E.M., GUTIÉRREZ V., CENIZO N., MARTÍN-PEDROSA M., REVILLA A., VAQUERO C.
Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.

39. Tratamiento endovascular de los aneurisma de aorta abdominal: 12 años de experiencia clínica. 88
ESPINOSA G.[1,2], RIBEIRO ALVES M.[1], DZIECIUCHOWICZ L.[2], GROCHOWICZ L[2].
1. Hospital Universitario - Universidade Federal do Río Janeiro, Brasil.
2. Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España.

40. Experiencia inicial con la endoprotesis de aorta abdominal Evita® en el Hospital Dr. Josep Trueta de Girona. 89
ANDRES O., ZÚÑIGA C., AGÜES R., RODRIGUEZ P., RUZ C., PRESAS A., AMADO J.B.
Hospital Dr. Josep Trueta. Girona. España.

41. Endoprótesis modular reposicionable en el tratamiento de aneurismas de aorta abdominal infrarrenal: experiencia inicial. 90
LOBATO ANDRÉS M., ARROYO BIELSA A., PORTO RODRÍGUEZ J., ACOSTA ESPELETA E.M., REDONDO TERUEL S., GONZÁLEZ MÉNDEZ A., GESTO CASTROMIL R.
Hospital Universitario Doce de Octubre de Madrid. Madrid. España.

42. Función renal en pacientes intervenidos mediante implante de endoprótesis de aorta abdominal con oclusión intencionada de rama renal accesoria. 91
DZIECIUCHOWICZ L., ESPINOSA G., GROCHOWICZ L., LAVILLA ROYO F.J., ARBIZU LOSTAO J.
Angiología y Cirugía Vascular. Clínica Universidad Navarra. Pamplona. España.

Pág.

43. Endoprotesis aórticas fenestradas caseras: experiencia de un centro hospitalario. 92
WILDERMAN M., SICARD G., RUBIN B., GERAGHTY P., RAMAN K., SANCHEZ L.
Washington University/Barnes-Jewish Hospital. St. Louis. Missouri. USA.

44. Cambios en la morfología del cuello de aneurismas aórticos abdominales y pérdida de la elegibilidad anatómica para reparación endovascular durante seguimiento: se cierra la "ventana de oportunidad" para algunos aneurismas pequeños? 93
TIMARAN C.H., ROSERO E.B., VEITH F.J., MODRALL J.G., CLAGETT G.P., DONAYRE C.E.
Universidad de Texas Southwestern Medical Center. Plano. TX. USA.

45. Reparo endovascular en aneurisma aórtica (EVAR) de tamaño amplio: estudio comparativo de 5 años. 94
SÁNCHEZ L., SICARD G., JIM J., FAJARDO A., RUBÍN B., GERAGHTY P.
St. Louis. Missouri. USA.

46. Revascularización de la arteria hipogástrica en el EVAR. 95
GUTIÉRREZ ALONSO V., SAN NORBERTO GARCÍA E.,MARTÍN PEDROSA M., CENIZO REVUELTA N., DEL RÍO SOLÁ L., IBÁÑEZ MARAÑA M.,VAQUERO PUERTA C.
Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.

47. Reparación endovascular de pseudoaneurismas anastomóticos abdominales. 96
ROS-VIDAL R.[2], LÓPEZ-ESPADA C.[1], SALMERÓN FEBRES L.M.[2], LINARES-PALOMINO J.P.[2], ASENSIO GARCÍA R.[2],VERA ARROYO B.[2], ROS DIE E.[2]
1. Hospital Universitario "Virgen de las Nieves" de Granada. Granada. España.
2. Hospital Universitario "San Cecilio" de Granada. Granada. España.

48. Tratamiento endovascular en aneurisma de aorta abdominal roto. 97
MARTÍN PEDROSA M., GUTIÉRREZ ALONSO V., MENCÍBAR FUENTES L., SAN NORBERTO GARCÍA E., CENIZO REVUELTA N., DEL RÍO SOLÁ L., IBÁÑEZ MARAÑA M., VAQUERO PUERTA C.
Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.

11:00-11:30 h **Pausa-Café.**

11:30-13:30 h **MESA REDONDA**

Revascularización endovascular del sector fémoro-poplíteo

Moderadores: Dr. A. Kramer. *Chile.*

Ponentes: Dr. G. Sicard. *EE.UU.*
Dr. Marcelo Ferreira. *Brasil.*
Dr. J. Rodríguez. *EE.UU.*
Dr. M. Ferreira. *Argentina.*
Dr. M. Bergoeing. *Chile.*
Dr. F. Acín. *España.*

13:30-14:15 h **Tema Debate**

Indicaciones y resultados del tratamiento endovascular de la disección de aorta torácica

Presidente: Dr. X. Barral. *Francia.*
Ponente: Dr. E. Ros. *España.*
Discusor: Dr. L. Sánchez. *EE.UU.*

14:15-16:00 h **Comida de Trabajo**

17:00 h **Asamblea General**
Hotel Libertador. *Sala Inti*

21:00 h **Cena de Clausura**
Entrega de Becas y Premios.
Club Hotel Cusco.

PARTICIPANTES

Abuhadba Rondón G. *Perú.*
Adeba Vallina E. *España.*
Anaya Sifuentes M. *España.*
Andres O. *España.*
Arancibia Sanhueza A. *Chile.*
Arismendi Ortiz I. *Colombia.*
Artaza Sanz H.M. *Cuba.*
Asensio García R. *España.*
Barba A. *España.*
Brizuela J.A. *España.*
Carrasco de Andrés D. *España.*
Carrera S. *España.*
Cuya W. *Perú.*
Delgado N. *Perú.*
Dzieciuchowicz L. *España.*
Espinosa G. *España.*
Fernández F. *España.*
Fernández Valenzuela V. *España.*
Garces D. *Francia.*
García Franco C.E. *España.*
García Martínez G. *Colombia.*
González-Fajardo J.A. *España.*
Guerrero Gonzalez V. *México.*
Gutiérrez Alonso V. *España.*
Jaramillo Vergara V.H. *Ecuador.*
Juliá J. *España.*
Krämer A. *Chile.*
Lobato Andrés M. *España.*
López Salazar E. *Colombia.*
Lozano F. *España.*
Manuel Hernández Cañete C. *Cuba.*
Mariné L. *Chile.*
Martin Alvarez A. *España.*
Martín Pedrosa M. *España.*
Matas M. *España.*
Mejía S. *España.*
Mertens R. *Chile.*
Michel Bergoeing R. *Chile.*
Muñoz J.G. *Colombia.*
Paola Ordóñez C. *Colombia.*
Perez-Burkhardt J.L. *España.*
Roche E. *España.*
Ros-Vidal R. *España.*
Ruiz Chiriboga D.F. *España.*
Salinas G. *Perú.*
Salmerón L.M. *España.*
San Norberto García E.M. *España.*
Sánchez L. *USA.*
Segura Iglesias R.J. *España.*
Sessa C. *Francia.*
Sicard G. *USA.*
Timaran C.H. *USA.*
Tobón Rámirez A. *Colombia.*
Vaquero C. *España.*
Vera Talledo L. *Perú.*
Wilderman M. *USA.*
Zúñiga Luna C. *Perú.*

Comunicaciones Libres

I SESIÓN

1. Ablación endoluminal de las varices de safena interna con electrocoagulación.

Jaramillo Vergara V.H., Medina Iturre M.
Servicio de Cirugía Vascular y Angiología del Hospital Carlos Andrade Marín. Quito. Ecuador.

Objetivos: La electrocoagulación endoluminal de la safena es un método efectivo y fácil de realizar para el tratamiento de las varices de la safena mayor.

Material y métodos: Desde Julio del 2000 hasta Diciembre del 2007, 250 pacientes, y 290 extremidades fueron sometidos a la electrocoagulación endoluminal de las varices de la safena interna.

Técnica: Utilizamos una sonda metálica electroconductiva maleable con la punta retráctil montada dentro de un introductor plástico con una longitud de 80 cm, las sondas son de diferente diámetro.

Previo mapeo de las varices con ecodoppler color.

En sala de operaciones se procede al tratamiento, anestesia local con lidocaína al 2%, se realiza el bloqueo crural. Mediante una incisión en la ingle se liga la safena en la unión a la femoral, anestesia en el maléolo interno. Introducción de la sonda de distal a proximal o lo contrario. Ablación de la safena proximal con una intensidad del electrocoagulador de 100 a 120 Watts, se retira la sonda cada 2 a 3 cm y se coagula de 2 a 3 segundos, distalmente la intensidad es de 40 a 60 Watts, se retira y se coagula a la misma velocidad. Se controla la electrocoagulación con el ecodoppler.

Resultados: Se trataron 290 safenas, ablación total de la safena en 206 casos, 70 ablaciones proximales y 14 distales. 256 pacientes requirieron microcirugía y esclerotera-pia complementaria.

No se presentó ninguna infección, dos quemaduras de la piel en el maléolo.

A los 5 años, se han presentado 13 recanalizaciones parciales de la safena, sin varices, asintomáticos.

Conclusiones: La ablación de las varices de safena por electrocoagulación es un método sencillo y eficaz, no requiere equipo especial y es de bajo costo.

2. Evolución del tratamiento de las varices en un servicio de cirugía vascular de actividad pública. 2000-2008.

Roche E., Mejía S., Salarich M., Puig A., Garrido A., Rodríguez J.
Hospital Plató. Barcelona. España.

Objetivos: Presentar la experiencia de un servicio de cirugía vascular mostrando la evolución de diferentes técnicas.

Material y métodos: Revisión de la base de datos del servicio, análisis de tres períodos valorando los porcentajes de técnicas aplicadas y los resultados de los estudios realizados.

Resultados: Del 2000 hasta 2008 se realizaron 9.231 procedimientos para tratamiento de las varices. Durante un primer período (2000-2003) se trataron 3.519 casos; iniciamos la aplicación de la estrategia CHIVA representando un procedimiento bien aceptado con resultados equiparables a la cirugía convencional aunque con menor agresividad. (SAFENECTOMÍA 47%, CHIVA 34,9%, FLEBECTOMÍA 18,1 %). En el segundo período (2004-2006) se realizaron 3.402 procedimientos; incorporamos la técnica endoláser/radiofrecuencia intentando sustituir el stripping presentando tasas de oclusión de safena del 82% a 3 años. También iniciamos el tratamiento mediante escleroterapia con espuma en sustitución de la flebectomía. (SAFENECTOMÍA 17,3%, CHIVA 48, %, FLEBECTOMÍA 15,3%, ESCLEROTERAPIA 12,5%, ENDOLASER 6,4%, RADIOFRECUENCIA 0,5%).

Tercer período (2007-2008): Realizamos 2320 tratamientos potenciándose la escleroterapia ecoguiada de ejes safenos lo que incrementó los tratamientos complementarios en consulta. Se redujeron las flebectomías, abandonando prácticamente la safenectomía convencional (en 2008: 6 casos). Porcentajes (SAFENECTOMÍA 6,7%, CHIVA 32,4%, FLEBECTOMÍA 9,7%, ESCLEROTERAPIA 42,6%, ENDOLASER 8,2%, RADIOFRECUENCIA 0,4%).

Conclusiones: Desde 1999 hasta ahora nuestra actividad ha cambiado si bien la estrategia CHIVA es el procedimiento más prevalente. La safenectomía convencional tiende a la desaparición. El endolaser ha experimentado un crecimiento sostenido aunque el mayor desarrollo lo ha protagonizado la escleroterapia con espuma. La radiofrecuencia se abandonó por el coste.

3. Recidivas varicosas en pacientes tratados con safenectomía interna *vs* estrategia chiva. Estudio a seis años de seguimiento.

Mejía S., Roche E., Salarich M., Rodríguez J., Puig A.
Hospital Plató. Barcelona. España.

Objetivos: Valorar la tasa de recidivas en pacientes con varices tronculares de safena interna tratados mediante safenectomía o estrategia CHIVA.

Material y métodos: Estudio prospectivo descriptivo, comparativo, muestreo aleatorio simple, de 109 extremidades en 102 pacientes con varices tronculares de safena interna, intervenidos de enero a diciembre del 2001, mediante safenectomía interna (52) *vs* CHIVA (57), 79 mujeres, Edad media de 49,94 años, IMC media < 30, bipedestación 87,2%, historia familiar 76,1%, EID 53,2%, 86,2% con clasificación clínica CEAP:3.

Resultados: Seguimiento medio 80,9 meses (67-88) DE:4.34. Tasa de recidiva global: 41,3%. Tasa de recidiva de CHIVA: 47,36%. Tasa de recidiva de safenectomía: 34.61%. Neocayado o cavernoma 8,3%, NeoR3 33,0%, perforante insuficiente 11,9%, shunt pélvico 3,7%. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la safenectomía y la estrategia CHIVA X^2:1.82, p:0.17. Se observa una mayor tasa de recidiva en mujeres (RR:3.04 R:1.33-6.96), X^2:8.99, p:0.002 y bipedestación (RR:3.17 R:0.86-11.65), X^2:4.79, p:0.002. El número de embarazos, el IMC, la historia familiar previa, la lateralidad, el cirujano, no presentaron diferencias estadísticamente significativas. El neo cayado/cavernoma fue superior en mujeres, X^2:2.37, p:0.04. La Neo R3 fue más frecuente con la estrategia CHIVA, X^2:8.48, p:0.003. RR:2.37 y en mujeres, X^2:4.04, p:0.02. RR:2.35. La perforante insuficiente fue más frecuente con la estrategia CHIVA, X^2:18.47, p:0.00001. RR:19.16. El shunt pélvico no mostró relación con ninguna de las variables estudiadas.

Conclusiones: Ambas técnicas quirúrgicas presentan tasas de recidivas similares. El cavernoma y los neo R3 fueron mas frecuentes en mujeres.

4. Esclerosis Fisiológica

Guerrero Gonzalez V., Parra Ortiz A.
Unidad de Enfermedades Venosas México. Irapuato Guanajuato. México.

Objetivos: Demostrar la efectividad del tratamiento de varices en base, Al control de la Congestión venosa distal, lo que nos condiciona tener un paciente asintomático y a la vez un sistema venosos superficial sin hipertensión, lo que nos permite tratar los puntos estratégicos de fuga o hipertensión con éxito con dosis que no sobrepasan 1,0 ml. de polidocanol.

Material y métodos: De julio de 2008 al mes de abril del 2009 se trataron 400 pacientes, 348 sexo femenino y 52 sexo masculino, Se les efectuó tratamiento de varices clasificación CEAP (C2 - Ecp - Asp - Pr).

Primero se realiza control de hipertensión venosa de los miembros inferiores, posteriormente se realiza el mapeo con eco-doppler para detectar puntos de fuga y de reentrada, se esclerosan con mini dosis los puntos de mayor hipertensión y en forma secundaria el resto de las varicosidades.

Resultados: La desaparición de las varices se demuestra gráficamente desde las primeras sesiones, con mínimas complicaciones (Tatuaje 42%, varicotrombosis 17% y dolor post esclerosis 9%) la base es la poca cantidad de esclerosante utilizado, teniendo resultados estéticos y funcionales excelentes de acuerdo a la calificación del paciente.

Conclusiones: No existe la necesidad de utilizar grandes cantidades de esclerosante que inunden todo el sistema venoso superficial para tener resultados satisfactorios con la esclerosis, basta explorar adecuadamente, mapear con Eco-doppler o doppler portátil en forma correcta y esclerosar solo los puntos necesarios y con dosis que no sobrepasan los 3-4 cc de espuma por sesión.

5. Inicio de la transiluminación. Fin de la esclerosis de las telangiectasias.

Parra Ortiz A., Guerrero Gonzalez V.
Unidad de Enfermedades Venosas México. Irapuato Guanajuato. México.

Objetivos: Demostrar la efectividad del Trans iluminador en el tratamiento de las venulas en los miembros inferiores, disminuyendo el numero de sesiones al tratar de desaparecer las telangiectasias (TAE), esclerosando los puntos de fuga y las venulas que alimentan a las TAE.

Material y métodos: La Transiluminaciòn consiste en un aparato de luz fría que se aplica sobre la piel y que por la angulaciòn de la luz, incide sobre la aponeurosis y refleja sin sombras los elementos que se encuentran sobre la fascia aponeurótica, visualizando perfectamente el trayecto de la red venosa superficial.

En forma retrospectiva se contabiliza el número de sesiones realizadas en la misma unidad flebologica a 300 pacientes de febrero del 2004 a febrero de 2005. En forma prospectiva se miden la cantidad de punciones en 300 pacientes, de febrero de 2008 a febrero del 2009. Valorando los resultados de la esclerosis por control fotográfico. Pacientes con clasificación CEAP de **C**1-2, **E** p, **A** s-1-p, **P** r .

Resultados y conclusiones: En el primer periodo con el método tradicional, se realizaron 2.483 punciones. En el segundo periodo utilizando el trans iluminador se realizaron 1.261 punciones, una disminución del 50,7 %, pero lo mas importantes son los resultados estéticos que comprobamos fotográficamente. La metodología utilizada es la esclerosis con mini-dosis de los puntos de fuga o hipertensión, como primera etapa, la segunda etapa se tratan las varices residuales que se presentaran sin hipertensión y por consecuencia el resultados de la fleboesclerosis será muy satisfactorio.

6. Tratamiento endovascular de la tromboembolia pulmonar masiva aguda.

Zúñiga Luna C., Talledo Quaglino O., Torres Ruiz L., Ricse Castro S., Villanueva Ojeda C.
Clínica Anglo Americana. Lima. Perú.

Introducción: Se describe el tratamiento de la Tromboembolia Pulmonar Masiva Aguda (TPMA) con uso de trombolisis dirigida por catéter y/o fragmentación mecánica.

Material y métodos: De setiembre del 2001 a noviembre del 2008 siete pacientes con diagnóstico de TPMA recibieron tratamiento endovascular. Dos requirieron resucitación cardiopulmonar previa. Tres requerían ventilación mecánica con Fi02 1.0. Dos tuvieron contraindicación absoluta de trombolísis y uno relativa. En seis se realizó trombolísis dirigida por catéter uno de ellos con fragmentación mecánica y uno con sólo fragmentación mecánica. Se uso Activador del Plasminógeno Tisular Recombinante (tPA) a una infusión promedio de 1 mg/h (dosis total de 70-100 mg) y la fragmentación rotacional con catéter Pigtail y Swan Ganz.

Resultados: Se trataron 5 hombres y 2 mujeres con edad promedio: 55,85 años (34-74). En todos hubo mejoría clínica a las 24 horas. Todos los pacientes en ventilación mecánica fueron destetados. En todos hubo resolución total o parcial de los tromboémbolos pulmonares. Hubo normalización de la distensión de las cavidades derechas y disminución de hipertensión pulmonar. No hubo muertes relacionadas a la trombolísis ni a la tromboembolia pulmonar. Seis pacientes fueron dados de alta y uno falleció a los ocho días debido a sepsis.

Conclusiones: La trombolísis dirigida por catéter es una opción eficaz y de bajo riesgo en pacientes con TPMA. Fragmentación mecánica es una alternativa en pacientes de alto riesgo por falla cardíaca derecha, para acelerar la trombolísis y en pacientes con contraindicaciones absolutas para trombolísis sistémica.

7. Filtros de vena cava inferior en ubicación suprarrenal. Experiencia en 30 pacientes.

Mariné L., Valdés F., Mertens R., Krämer A., Bergoeing M.
Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile. Chile.

Introducción: El filtro de vena cava inferior (FVCI) tiene por función prevenir el tromboembolismo pulmonar (TEP) en pacientes con contraindicación o falla del tratamiento anticoagulante (TA). En determinadas situaciones debe ser ubicado sobre las venas renales, siendo la insuficiencia renal su más temida complicación.

Pacientes y métodos: Se revisan los antecedentes de todos los pacientes con FVCI en posición suprarrenales (FSR) implantados desde 1993. Las razones de usar de FSR fueron: trombosis VCI (22), trombosis de vena renal extendiéndose a cava (4), dificultades anatómicas (2), falla de filtro infrarrenal previo (1), accidental (1). Las indicaciones de FSR fueron: proxilasis de TEP ante trombo inestable (17), contraindicación TA (7), mala reserva pulmonar (4), falla tratamiento (2).

Resultados: Tratamos 30 pacientes (50% hombres, 47,7 ± 16,8 años, 19-77), correspondiendo al 8,3% de 361 filtros percutáneos implantados en este periodo. El filtro utilizado fue: OptEase/TrapEase® (11), Venatech® (10), Greenfield titanio® (8), GüntherTulip® (1). El acceso fue yugular interno en 25 casos, femoral (4 casos, hallazgo diagnóstico de extensión a cava) y uno subclavio. Éxito técnico de 100%, no hubo muertes ni TEP asociados al procedimiento. Se obtuvo seguimiento en todos los pacientes (promedio: 54,3 ± 52,9 meses, rango: 1-152), 8 han fallecido, 5 de ellos portadores de cáncer. De los pacientes sobrevivientes, ningún paciente se encuentra en hemodiálisis. Desarrollaron nueva trombosis venosa de extremidad(es) 4 pacientes (13,3%), sin nuevo TEP. En 19/22 pacientes sobrevivientes se realiza seguimiento de creatinina, encontrándose elevada en un caso que presentaba daño renal crónico previo al FSR.

Conclusiones: Los FSR son un procedimiento con indicaciones definidas, de baja morbilidad con buenos resultados a largo plazo.

8. Síndrome de la vena cava superior e inferior, tratamiento endovascular.

GOSSELIN J., GARCÉS D.
Polyclinique de Blois. Blois. Francia.

Objetivos: El síndrome de la vena cava superior (SVCS) o inferior (SVCI) es raro. El orígen es benigno en 10 a 30% de los casos, y maligno en 30 a 70 %. Diferentes modalidades de tratamiento han sido propuestas. Nosotros presentamos nuestra experiencia con tratamiento endovascular.

Pacientes y métodos: Seis pacientes con SVC en fase aguda fueron tratados entre junio de 2003 y diciembre 2008. 4 presentaron un SVCS y 2 un SVCI. En 3 casos (50%) la causa benigna (estenosis sobre cateter de quimioterapia) y en los otros 3 casos (50%), fue maligna (pulmonar 1, renal 1, colon 1).

En todos los casos se hizo un abordaje percutáneo (fémoral, axilar, subclavio o yugular interno), un catéter guia se utilizó para facilitar el pasaje del obstáculo y una angioplastía precedio al stenting. 7 stents en nitinol y 2 en acero fueron colocados, 1 solo estaba cubierto de PTFE.

Una anticoagulación a dosis de 50 mg/Kg se practicó en transoperatoirio, una HBPM a dosis eficaz fue utilizada en postoperatorio (48 h). A largo plazo se prosiguió con un antiagregante plaquetario (clopidogrel o aspirina).

Resultados: No se presentaron complicaciones locales. El éxito clínico y de la técnica se observó en las las primeras horas, obteniéndose una mejoría total entre las 24 y 48 h. En los 3 pacientes con SVC benigno la permiabilidad fue obtenida a 3 meses, 2 y 3 años. No hemos observado recidivas ni complicaciones de las protesis. En los 3 pacientes con SVC maligno, no se observó recidiva clínica ni infección hasta la fecha del fallecimiento, 3 meses, 8 meses y 2 años.

Conclusiones: El tratamiento percutáneao representa una alternativa eficaz, rápida y segura en culquiera que sea la etiología del SVC.

En las lesiones malignas sirve para mejorar el confort de fin de vida.

Las estenosis benignas deben ser analizadas diferentemente, ellas son mas resistentes a la dilatación sin olvidar el riesgo mas frecuente de reestenosis. La indicación en pacientes con síntomas moderados debe ser considerada con prudencia.

9. Ligadura laparoscópica de vasos gonadales para insuficiencia venosa pélvica.

Paola Ordóñez C., García Vélez J.F., Gerardo Cadavid L., Mejía A., Fernando Gómez J., Hernández N.

Departamento de Cirugía vascular, laboratorio vascular y hemodinamia. Clinica Cardiovascular Santamaría. Medellín. Colombia.

Introducción: El dolor pélvico crónico puede estar asociado a varicocele pélvico cuando se al realizan estudios flebográficos, hay múltiples modalidades de tratamiento, entre ellas la ligadura laparoscópica de vasos gonadales.

Objetivos: Describir los resultados del manejo de la insuficiencia venosa pélvica con ligadura de vasos gonadales por técnica laparoscópica, evaluando en el postoperatorio la disminución o desaparición de síntomas.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de pacientes con insuficiencia venosa pélvica sometidas a ligadura laparosocópica de vasos gonadales entre enero de 2001 y abril de 2009, teniendo en cuenta resultado de los métodos diagnósticos preoperatorios, la historia clínica, el examen físico y una encuesta para evaluar la sintomatología postoperatoria.

Resultados: Se realizaron 190 ligaduras laparosocópicas de vasos gonadales, el promedio de edad fue 39 años, el 98% de pacientes presentaban varices en miembros inferiores y el 80% dolor pélvico crónico, todas las pacientes tenían flebografia gonadal y dúplex venoso de miembros inferiores. La técnica laparoscópica fue exitosa en todas las pacientes y se realizó safenovaricectomia de miembros inferiores al 98%. Al realizar la evacuación clínica y encuestas para evaluar la evolución posquirúrgica, se encontró desaparición de síntomas pélvicos en el 93%. El seguimiento se realizó clínicamente entre 2 meses y 8 años. Se presentaron complicaciones en el 3,68% de pacientes que se manejaron médicamente.

Conclusiones: La técnica laparoscópica es una alternativa efectiva en el tratamiento de las pacientes con varicocele pélvico, con buenos resultados estéticos, pronta recuperación y mínimas complicaciones.

Palabras clave: Ligadura laparoscópica, vasos gonadales.

10. Manejo endovascular del síndrome de congestión pélvica. Técnica y resultados clínicos.

Muñoz J.G., López E., Acosta C., Cadavid L.G., Gomez J.F., Hernandez N.
Departamento de Hemodinámica y Enfermedades Vasculares. Clinica Cardiovascular Santamaria. Medellín. Colombia.

Introducción: La embolización percutánea de las venas pélvicas es una técnica en la que se depositan espirales y sustancias esclerosantes al interior de las venas ováricas o hipogástricas con el fin de provocar la oclusión por trombosis de estas. Está indicado en pacientes con dolor pélvico crónico asociado a várices pélvicas o en pacientes con varices de miembros inferiores, periné o genitales, las cuales pueden ocurrir como consecuencia de la insuficiencia venosa pélvica.

Propósito: Evaluar los resultados técnicos y clínicos de la embolización transcatéter de las venas pélvicas en mujeres con síndrome de congestión venosa pélvica causado por várices ováricas y/o hipogástricas.

Material y métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo donde se evalúan 140 pacientes intervenidas consecutivamente desde el año 2001 hasta el 2008 en la Clínica Cardiovascular de Medellín. Se revisaron las historias clínicas y se aplicaron entrevistas telefónicas con el fin de medir el nivel de percepción del dolor antes y después del procedimiento.

Resultados: Se uso el antebrazo derecho como lugar de acceso venoso en todas las 140 pacientes. 103 pacientes se entrevistaron telefónicamente. El dolor pélvico mejoró en el 77% de las pacientes, 78% mejoran de la dispareunia y en 69% disminuyo la dismenorrea. Se presento migración de espirales en 3 casos y 2 de rupturas de venas gonadales. Ninguna complicación requirió tratamiento específico. El éxito técnico fue 100%.

Conclusiones: La embolización transcatéter de las varices pélvicas es un procedimiento seguro que puede mejorar los síntomas relacionados con el síndrome de congestión pélvica.

Palabras clave: Embolización varices pélvicas, dolor pélvico, flebografía, insuficiencia venosa

11. Desconexión de venas gonadales vía extraperitoneal, técnica quirúrgica para olvidar en el tratamiento de la insuficiencia venosa abdomino-pélvica.

García Martínez G., Fernando Timarán R., Uribe J.A., García J.F.
Medellín. Colombia.

Objetivos: Se pretende mostrar la experiencia con esta técnica en 380 casos con insuficiencia venosa abdomino pélvica (IVAP) y de miembros inferiores en Medellín. Colombia.

Material y métodos: Se recopilaron los casos de pacientes con diagnóstico de IVAP y de miembros inferiores desde 1990 a 2008. De 3.576 pacientes atendidas por varices de miembros inferiores, se detectaron 380 pacientes que por historia clínica y/o por hallazgos de dúplex color venoso presentaron IVAP. El 35% de los pacientes presentaron síntomas sugestivos del síndrome de Master y Allen. El 95% tenían síntomas de insuficiencia venosa de miembros inferiores, un 35%, síntomas ginecológicos, el 85% de las pacientes presentaron insuficiencia safeno femoral uni o bilateral, 15% insuficiencia safenopoplitea y el 93% insuficiencia de venas perforantes. Todos los casos fueron estudiados con eco abdominal y trasvaginal con el fin de descartar patología pélvica no vascular como responsable de los síntomas. Los pacientes fueron estudiados con dúplex color venoso de miembros inferiores. Luego se documento, por flebografía selectiva de gonadales y de hipogástricas, insuficiencia de venas gonadales bilaterales en el 68% de los casos, el 32% presentaron insuficiencia de venas gonadales izquierdas. Se realizaron desconexión de venas gonadales via extraperitoneal simultáneamente con safenovaricectomia en el 85% de los casos, además de la corrección del sistema de la safena externa y la ligadura de perforantes en los casos requeridos.

Resultados: Los pacientes estuvieron hospitalizados 2 días en promedio. El 98% de los pacientes con Síndrome de Master y Allen obtuvieron remisión de sus síntomas ginecológicos. Dos pacientes presentaron infección de las heridas quirúrgicas en abdomen, otro presento trombosis venosa profunda, tratada con anticoagulacion. 5% de los pacientes han presentado recidiva de sus varices. Se ha podido realizar seguimiento al 89% de los pacientes. Se revisa la literatura mundial, los diferentes tipos de tratamiento para pacientes con IVAP y sus resultados.

Conclusiones: A pesar de existir otros abordajes para el tratamiento de la IVAP, como la laparoscopia y la embolización, todos tratando de demostrar sus ventajas, creemos que la cirugía abierta sigue teniendo vigencia. A la luz de la información disponible hoy día, posiblemente, la embolización de venas gonadales y/o de hipogástricas, pueda llegar a ser el patrón de oro en un futuro.

12. Descompresión hepática en el síndrome de Budd-Chiari: seguimiento a largo plazo.

Krämer A., Valdés F., Mertens R., Mariné L., Bergoeing M., Irarrázaval M.J., Huete A.
Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago. Chile.

El sindrome de Budd-Chiari está constituído por una variedad heterogénea de alteraciones caracterizadas por obstrucción del drenaje venoso a nivel de vénulas hepáticas, venas suprahepáticas (VSH), vena cava inferior (VCI) o aurícula derecha, que conducen al aumento de la presión sinusoidal hepática e hipertensión portal.

El presente comunicado incluye 5 pacientes, 4 mujeres (promedio edad 37), tratados en 23 años para descompresión del hígado por oclusión de VSH, en 4 asociadas a trombosis VCI y trombofilia en dos. Dos pacientes presentan invasión tumoral de VCI (linfoma, angiomiolipoma).

Técnica quirúrgica: shunt meso-atrial con PTFE (14-16 mm) con refuerzo anillado (3 pacientes) y resección bajo circulación extracorpórea de tumor de VCI con extensión intracardíaca (2 pacientes).

Seguimiento: 2 pacientes ocluyen su puente meso-atrial a los 40 y 50 meses: la primera, asintomática (16,6 años), la otra fallece en insuficiencia hepática sin respuesta a fibrinolisis. La tercera paciente con shunt continúa asintomática; control angioCT a 5 años detecta estenosis mayor a 90% del puente en zona desprotegida del refuerzo anillado a pocos mm de anastómosis en vena mesentérica. Mediante acceso percutáneo yugular interno, se procede con angioplastía e implante de stent, con buen resultado angiográfico inmediato. El paciente del linfoma fallece a los 115 meses y la paciente del angiomiolipoma se perdió al seguimiento, habiendo estado asintomática a los 21 meses de su intervención.

La derivación meso-atrial es una alternativa infrecuente que requiere controles periódicos para optimizar resultados a largo plazo. En la actualidad, su fracaso puede ser una indicación de transplante hepático.

Sesión de Pósters

P1. Fístula arteriovenosa subclavia: tratamiento después de 25 años.

Zúñiga Luna C., Abuhadba Rondón G., Delgado Salazar N., Bautista Sánchez, F.
Instituto Nacional del Corazón - INCOR. ESSALUD. Lima. Perú.

Paciente varón de 44 años. Antecedente de haber sufrido herida por arma de fuego (escopeta con perdigones) en región clavicular izquierda hace 25 años. En aquella oportunidad es tratado en hospital de provincia con control de sangrado y limpiezas quirúrgicas que incluyeron remoción parcial de clavícula según informa el paciente. Actualmente acude por Emergencia con cuadro de sangrado activo por ulceras varicosas en brazo izquierdo. Al ingreso se encuentra paciente joven con aumento de volumen y circulación venosa colateral en hombro y brazo izquierdo, con la presencia de dilataciones varicosas y ulceras con sangrado activo. Asimismo al examen se encuentra Thrill en región clavicular y hombro izquierdo. Paciente hemodinamicamente estable. Se realiza diagnostico de Fístula Arterio Venosa Subclavia Izquierda por Arteriografia, identificándose dos puntos de unión arterio venosa. Es programado para tratamiento quirúrgico endovascular. Se le realiza colocación de Stent recubiertos (Hemobahn, Gore) de 9 × 5 y de 10 × 5 en 2ª y 3ª porción de Arteria Subclavia Izquierda, quedando excluida la zona de fístula. Evoluciona en forma favorable con disminución del edema hacia la segunda semana post tratamiento y resolución casi completa con reintegración a sus actividades laborales al tercer mes. La literatura describe en forma esporádica la presentación y tratamiento tardío de fístulas arteriovenosas traumáticas encontrandose reportes de manejo a los 28, 32 y 51 años después del trauma que genera la fístula. Las técnicas y dispositivos endovasculares permiten el manejo pronto y menos invasivo de tales patologías con un resultado bueno y recuperación temprana.

P2. Coartación de aorta en arteritis de Takayasu. Reporte de un caso resuelto por vía endovascular.

Abuhadba Rondón G., Zúñiga Luna C., Bautista Sanchez F.
Instituto Nacional del Corazón - INCOR. ESSALUD. Lima. Perú.

La arteritis de Takayasu es una enfermedad inflamatoria crónica, afecta grandes vasos y medianos, mas frecuente en mujeres (9:1) con una edad de inicio de 10 a 40 anos, de distribución mundial con mayor prevalencia en Asia. En el servicio de cirugía vascular de EsSalud de Lima-Perú, tenemos un paciente con una coartación de aorta (CoA) por una Arteritis de Takayasu resuelto por vía endovascular. Paciente mujer de 59 años. Antecedentes de HTA severa, acude presentando adormecimiento, claudicación de miembro superior izquierdo, claudicación menor de 100 metro de miembros inferiores, dolor abdominal post prandial y un episodio de ataque isquémico transitorio. Al ingreso una paciente hemodinámicamente estable, hipertensa con una presión arterial diferencial en miembros superiores. En los exámenes auxiliares de Angio resonancia se evidencia estenosis de arteria carótida izquierda y arteria subclavia izquierda mayor de 70% y una estenosis a nivel de aorta descendente supra celiaco de aproximadamente 60 a 70%, se le diagnostica de CoA por una Arteritis de Takayasu. Se realiza el tratamiento endovascular con un CP stent recubierto, con resultado anatómico de 90% y una gradiente de 14 mmHg, con evolución favorable, mejora de HTA, desaparecimiento del dolor post prandial y claudicación de miembro inferior. El tratamiento mediante la implantación de un stent en una CoA típica, constituye una alternativa al tratamiento quirúrgico, tornándose esta también para las Arteritis de Takayasu, los resultados en este caso han sido satisfactorios a corto plazo, no obstante necesitaremos de controles periódicos para observan el comportamiento de la arteria.

P3. Tumores del cuerpo carotídeo. Experiencia de la Clínica Cardiovascular.

Tobón Rámirez A., Hernández Cárdenas N., Gómez Hoyos J.F., Cadavid Velasquez L.G.
Clínica Cardiovascular. Medellín. Colombia.

Objetivos: Describir las características anatómicas, tratamiento y comportamiento de los tumores del cuerpo carotídeo en la Clínica Cardiovascular de Medellín.

Material y métodos: Estudio descriptivo de pacientes con diagnóstico de Tumor del cuerpo carotídeo y que fueron intervenidos quirúrgicamente para su resección y/o embolización previa entre 1994 y 2008. Se hizo evaluación del tamaño promedio de los tumores, la realización o no de embolización previa, su comportamiento (esporádico, familiar, metastásico). También se realizó comparación entre la estancia hospitalaria y el tiempo quirúrgico. Se describió su distribución por sexo, las complicaciones asociadas y los signos y síntomas mas frecuentes.

Resultados: Son 37 pacientes con edad promedio de 56,68 años y 81,1% mujeres. No hubo compromiso bilateral, familiar o metastásico. El motivo de consulta mas frecuente fue la presencia de masa (86,4%). Se embolizaron 51% de los tumores con tamaño promedio de 4,06 cm. El grupo de embolización tuvo tiempos quirúrgicos mas prolongados que los no embolizados (148 min. *vs* 116 min. p 0,17) y un mayor tiempo de estancia hospitalaria (4 días *vs* 2 días) sin documentarse la necesidad de transfusión en ningún paciente por sangrado significativo. Se documentaron 9 complicaciones totales, siendo la mayoría (n=5) consideradas neurológicas periféricas. No hubo mortalidad asociada.

Conclusiones: Son lesiones poco frecuentes, de comportamiento benigno en los que se ha demostrado seguridad en el tratamiento quirúrgico o combinado con embolización pero sin poder documentar el papel de este último en términos de disminución de tiempo quirúrgico, estancia hospitalaria o control de la hemorragia.

P4. Isquemia crítica y arteria ciática persistente.

Asensio García R., Ros Vidal R., Salmerón Febres L.M., Linares Palomino J.P., Cuenca Manteca J.B., Ros Díe E.
Hospital Universitario San Cecilio. Granada. España.

Introducción: La arteria ciática persistente (ACP) representa una anomalía embriológica rara (incidencia estimada de 0,03-0,06%) y se presenta generalmente asociada a un déficit de desarrollo del eje femoral en distinto grado.

Generalmente es asintomática y su presentación clínica más habitual es la degeneración aneurismática y con menor frecuencia desarrolla lesiones oclusivas.

Presentamos un caso de isquemia crítica en una paciente con arteria ciática persistente.

Caso clínico: Mujer de 70 años con AP: DM2, HTA, dislipemia y obesidad presenta isquemia crónica grado IV de miembro inferior izquierdo.

Exploración: obstrucción fémoro-poplítea bilateral y necrosis de 4º y 5º dedos del pie izquierdo.

En angioTC se observa ACP como rama de la arteria hipogástrica con trayecto paralelo al nervio ciático por zona glútea y cara posterior del muslo hasta conectar con la arteria poplítea sin degeneración aneurismática.

La arteriografía muestra una arteria ciática persistente izquierda con estenosis crítica en tercio superior de muslo y lesiones cortas en dos ejes distales (TASC B). Arteria femoral superficial (AFS) sin desarrollo distal (ACP tipo 2A).

Se realiza tratamiento endovascular percutáneo vía contralateral y amputación digital con buena evolución postoperatoria durante su seguimiento a los 3 meses.

Comentarios: La presentación clínica de la arteria ciática persistente como isquemia crítica representa una situación extremadamente infrecuente. Su abordaje quirúrgico abierto o endovascular exige un conocimiento preciso de su anatomía. La experiencia sobre el tratamiento de esta arteria por patología isquémica es escasa y existen pocos casos en la literatura tratados de forma endovascular.

P5. Complicaciones en adolescente con insuficiencia renal aguda.

Fernández F., Asensio R., Carrasco D., Muñoz E., Ros R., Ros E.
Hospital Universitario San Cecilio. Granada. España.

Introducción: La insuficiencia renal y el transplante renal en edad pediátrica y adolescencia es una entidad aún más dramática que en el adulto. La presencia de complicaciones durante el tratamiento nefrológico y urológico hacen aún más precisa la coordinación con cirugía vascular.

Caso clínico: Varón de 14 años, tras amigdalitis pultácea desarrolla cefalea, mareos y HTA siendo diagnosticado de Nefropatía IgA rapidamente progresiva refractaria a tratamiento, entrando a los 6 meses en programa de diálisis. Como estos casos entran de forma preferente en programa de transplante, nefrología decide realizarla a través de catéter femoral derecho temporal. Avisan por disfunción, decidimos retirarlo e implantar catéter permanente yugular. Constatamos permeabilidad femoro-iliaca y ausencia de clínica en MMII.

Tras 2 semanas avisan para transplante y se traslada al centro de referencia. Durante la intervención urología sospecha TVP ilíaca por lo que se suspende el transplante, radiología implanta filtro de cava recuperable y se inicia anticoagulación, remitiéndolo de nuevo a nuestro centro.

En postoperatorio inmediato shock hipovolémico por hemorragia retroperitoneal, realizamos hemostasia y drenaje quirúrgico. Evidenciamos ausencia de sintomatología trombótica venosa y mediante ecografía y TC constatamos permeabilidad iliocava. A las 2 semanas se mantiene permeabilidad y decidimos retirar filtro de cava por técnica endovascular y venotomía femoral izquierda. Tres meses después se realiza el transplante con éxito.

Conclusiones: A pesar del buen resultado final, es posible que en casos como este, la colaboración del cirujano vascular desde el inicio, hubiese mejorado tanto el diagnóstico como el tratamiento del enfermo.

P6. Tratamiento videoendoscópico de aneurisma de arteria esplénica.

Delgado N., Bautista F., Salinas Sedó G., Saavedra L.
ESSALUD - Clínica Maison de Santé. Lima. Perú.

Objetivos: Reporte a propósito de un caso de una paciente portadora de un aneurisma de arteria esplénica que fue sometida a tratamiento videoendoscópico haciendo uso de ecografía intraabdominal como soporte diagnóstico y de orientación durante el mismo para la disección laparoscópica.

Material y métodos: Revisión de Historia Clínica de dicha paciente y de videos obtenidos durante la cirugía.

Es un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de la técnica operatoria.

Resultados: Paciente mujer de 68 años, que de manera casual durante una revisión gastroenterológica por molestias epigástricas es detectada una masa pulsátil en dicha zona siendo catalogada inicialmente como un aneurisma de aorta. abdominal.Fue sometida casi inmediatamente a una tomografía espiral multicorte donde se encontró una dilatación aneurismática de aproximadamente 30 mm sobre el tercio medio de arteria esplénica. Evaluado el caso se decidió finalmente primero la exploración laparoscópica de dicha masa , dependiendo de los hallazgos y accesibilidad el abordaje quirúrgico convencional o totalmente laparoscópico.del aneurisma. Para ello se accedió por via laparoscópica con el paciente de semidecubito lateral derecho (angulación 45º). Se utilizó cuatro trócares dos de 10 mm (umbilical e hipocondrio izquierdo y dos de 5 mm (epigastrio y fosa iliaca izquierda). Una vez posicionado los trócares y evaluada la cavidad peritoneal se introdujo a través de trócar del 10 mm el trasductor linear de 7,5 Mhz (ALOKA) y se procedió a la exploración ultrasonográfica, detectándose el aneurisma y procediendo a la disección del mismo accediéndose por la curvatura mayor del estómago . Una vez disecada la arteria esplénica en su extremo proximal al tronco celiaco y distal al aneurisma , se optó por cliparla en esos dos extremos excluyendo al aneurisma de la circulación. Se exploró el bazo no evidenciándose ningún trastorno isquémico. Los controles post operatorios evidenció la trombosis de dicho aneurisma.

P7. Recurrencia tardía de fístula aortoentérica primaria tras tratamiento endovascular.

Adeba Vallina E., De la Torre A.Gª., González González J., Sanz Alvarez L., Cosio Mir J., Valle González A., Polvorinos Pascual Mª Fe.
Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. España.

La fístula aorto-entérica (F.A.E.) constituye una de las entidades más graves a resolver por los cirujanos vasculares. Desde el advenimiento de las técnicas endovasculares se han descrito unos 40 casos de tratamiento endovascular de las mismas.

Objetivos: Describir nuestra experiencia en el manejo de una F.A.E. primaria mediante tratamiento endovascular, con recurrencia 3 años más tarde que obligó a un tratamiento quirúrgico.

Material: Varón de 78 años diagnosticado de tuberculosis diseminada hace 7 años, fue valorado entonces por una ectasia aórtica, descartándose aneurisma micótico. Ingresó por una hemorragia digestiva hace 3 años por presentar un aneurisma de aorta de 42 mm asociado a una ulceración en 3ª porción duodenal sugestiva de F.A.E. Precisó tratamiento quirúrgico urgente por shock hipovólemico, colocándose una endoprótesis Talent monoiliaca y un by-pass fémoro-femoral, con buena evolución postoperatoria, cicatrizando la úlcera en la endoscopia de control. Hace 10 meses ingresó por síndrome febril y anemia, encontrándose de nuevo gas periaórtico en la T.C. con nueva ulceración en 3ª porción duodenal a través de la que se visualiza la endoprótesis. Se realizó resección de 3ª y 4ª porción duodenal y anastomosis duodeno-yeyunal. Le evolución postoperatoria fue tórpida siendo alta al mes de la intervención. En el seguimiento posterior persiste el síndrome febril a pesar de mantener tratamiento indefinido con antibióticos.

Conclusiones: El tratamiento endovascular es la mejor opción para tratar una F.A.E. en la fase aguda de sangrado, permite una mayor seguridad para la cirugía abierta ulterior, pero a la larga no resuelve el cuadro infeccioso crónico.

P8. Papel de la esclerosis en la tendinitis crónica. A propósito de un caso.

Carrasco de Andrés D., Ros Vidal R., Fernández Quesada F., Castillo Dorador S., Asensio García R., Cuenca Manteca J.B., Ros Díe E.
Hospital Universitario San Cecilio, Granada. España.

Objetivos: Presentar la esclerosis guiada con eco-doppler de los neovasos evidenciados en una tendinitis patelar crónica, como tratamiento para el control del dolor en dicha enfermedad inflamatoria.

Material y métodos: Futbolista profesional en activo, con tendinitis crónica rotuliana derecha diagnosticada por ecografía y RMN, ya tratado mediante infiltraciones de corticoides y analgésicos por dolor inflamatorio crónico. Se realizan 2 sesiones de escleroterapia con 6 meses de decalaje (mousse de polidocanol al 0,5%, técnica de Tessari modificada) de neoformación vascular de componente predominantemente arterial, guiada por eco-doppler.

Resultados: Se comprueba esclerosis de la neoformación vascular con eco-doppler. Se produce mejoría clínica del paciente, permitiendo desarrollar la pretemporada e iniciar la liga como titular en su equipo.

Conclusiones: La esclerosis de neovasos puede ser un tratamiento a tener en cuenta en la tendinitis crónica en casos seleccionados. La efectividad del tratamiento en la bibliografía revisada, sugiere el papel de estas neoformaciones vasculares en la génesis del dolor.

P9. Repermeabilización mediante técnicas endovasculares de oclusión de injerto protésico aorto-visceral: a propósito de un caso

Martin Alvarez A., Carmona Berriguete S., Morán De La Torre O., López Quero D., Migodzinski A., Laguna Pardo P., Collado Bueno G.
Complejo Hospitalario de Badajoz. Badajoz. España.

Objetivos: Mostrar el empleo de técnicas endovasculares como opción inicial válida en el rescate de injertos viscerales.

Material: Varón de 23 años con antecedentes de hipertensión renovascular secundaria a estenosis leve-moderada de aorta abdominal y severa de ambos ostium renales, tratada 18 meses antes mediante injerto doble aorto-renal de PTFE 6 mm. Remitido desde Nefrología por sospecha de disfunción de injerto aorto-renal izquierdo por reaparición de hipertensión refractaria al tratamiento médico, con reducción moderada-difusa de perfusión y función renal izquierda en renograma isotópico. En aortografía se confirma la oclusión del mismo, con permeabilidad de arteria nativa.

Metodología: Con carácter electivo, se realiza trombectomía mecánica del injerto y colocación de stent balón-expandible de 6×40 mm más fibrinolisis local, vía inguinal derecha.

Resultados: En angioTC postoperatorio se observa infarto de polo renal inferior, sin repercusión analítica, salvo elevación ligera de LDH, con mejoría de cifras tensionales. En los controles efectuados a los 6 y 12 meses los injerto se encuentran permeables y la tensión controlada con un fármaco.

Conclusiones: La cirugía abierta en el tratamiento de la hipertensión renovascular se mantiene como procedimiento de elección en aquellos casos con buenas perspectivas de supervivencia. A pesar de los excelentes resultados en cuanto permeablidad (>80% a 5 años), un 10-15% de los pacientes requerirán una nueva intervención a largo plazo, viéndose incrementada la morbimortalidad y el riesgo de pérdida del órgano (30-40%), por lo que el abordaje endovascular debe ser tenido en cuenta como una opción terapéutica inicial en casos seleccionados.

P10. Inducción de la trombosis con radiofrecuencia de los sacos aneurismáticos tras la exclusión endovascular a nivel torácico.

Vaquero C., González Fajardo J.A., Gutiérrez V., Carrera S., San Norberto E.
Departamento de Cirugía Experimental. Facultad de Medicina de Valladolid. Valladolid. España.

Introducción: Se presenta un estudio experimental para evaluar la trombosis inducida por radiofrecuencia a nivel del saco aneurismático tratado previamente mediante exclusión endovascular con endoprótesis. Se valora la eficacia de la inducción de trombosis del saco del aneurismático para la prevención del crecimiento de su crecimiento después del tratamiento endovascular.

Material y métodos: Se utilizaron doce perros Beagle para valorar la inducción de trombosis por radiofrecuencia del saco aneurismático con implantación de endoprótesis en comparación con el grupo histórico de 4 perros al que se le practicó la realización de un aneurisma torácico excluido con endoprótesis. La radiofrecuencia fue aplicada al grupo experimental durante 1 minuto a 127 ± 33 mA (media ± SD). Se evaluó la eficacia por ultrasonografía intravascular IVUS y se realizó estudio histopatológico para valorar el proceso a nivel parietal arterial.

Resultados: Los resultados demuestran la eficacia del método constatando la trombosis de contenido del saco mediante la utilización de IVUS. Se constatan los cambios inducidos en la pared arterial especialmente a nivel de la coaptación de la endoprótesis con la intima arterial.

Conclusiones: La reparación endovascular de aneurismas aórticos torácicos es dependiente de la exclusión eficaz del aneurisma de la circulación arterial. El crecimiento del aneurisma se puede producir por la existencia de flujo en el saco por falta de coaptación de la endoprótesis o la permeabilidad de la pared de la prótesis o llenado de la dilatación a través de colaterales intercostales. Esta aplicación se presenta útil en la prevención de crecimientos saculares tratados endovascularmente.

P11. Lesión aórtica por esplacnicectomía videotoracoscópica.

Fernández F., Carrasco D., Muñoz E., Asensio R., Ros E.
Hospital Universitario San Cecilio Granada. Granada. España.

Introducción: La lesión de la aorta torácica durante la esplacnicectomía toracoscópica, aunque teóricamente posible debido a la contigüidad, no es una complicación que un cirujano vascular espera encontrar en su ejercicio profesional.

Casis clínicos: Varón de 46 años, con hábito enólico y fumador de 60 cigarrillos día, que sufre esplacnicectomía videotoracoscópica izquierda por dolor refractario a tratamiento en el contexto de pancreatitis crónica. Un mes después, coincidiendo con esfuerzo tusígeno, presenta episodio de dolor torácico irradiado a espalda y cuadro sincopal con relajación de esfínteres. Rx tórax: derrame pleural izquierdo. Angio-TAC: fisura lineal en aorta torácica a nivel de D6 y hemotórax masivo. Se estabiliza en UCI y se remite a nuestro Centro. Exploración: hipovolémico, pulsos débiles, soplos iliacos y femorales, tallaje iliofemoral 7 mm. Se procede a intervención quirúrgica urgente: colocación de endoprótesis tipo Valiant (26 × 26 × 150) por abordaje femoral bilateral, precisando al cierre by-pass iliofemoral derecho y TEA femoral con parche izquierdo, y saliendo de quirófano con TSA permeables, sin endofugas y pulsos distales presentes a todos los niveles. Durante el postoperatorio en UCI se drena hemotórax, y al tercer día se constata pérdida de pulsos en MSI sin sintomatología isquémica alguna, por lo que se decide tratar de forma conservadora. TAC de control sin endofugas. Alta hospitalaria a los 10 días asintomático.

Conclusiones: El pseudoaneurisma de aorta torácica es una complicación del procedimiento toracoscópico a tener en cuenta. La terapia endovascular permite solventar dicha iatrogenia médica.

P12. Fístulas aortoesofágicas tras tratamiento endovascular de aorta torácica. A propósito de dos casos y revisión de la bibliografía

San Norberto García E.M., Gutiérrez V.M., Martín-Pedrosa M., Cenizo N., Mengíbar L., Revilla A., Salvador R., Merino B., Vaquero C.
Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.

Introducción: La ruptura de un aneurisma de aorta torácica hacia el esófago ocurre en el 6,2-22,1% de los casos y la incidencia de fístula aortoesofágica (FAE) tras la reparación endovascular de la aorta torácica se calcula entre el 5 y el 10%. Presentamos dos casos de estas patologías y una revisión de la literatura existente sobre la terapéutica de las mismas.

Casos clínicos: Caso 1: paciente varón de 44 años tratado previamente de exclusión endovascular satisfactoria de aneurisma de aorta torácica descendente roto. Aparición en el postoperatorio temprano de síndrome febril con diagnóstico de FAE mediante gastroscopia digestiva alta y TC con contraste i.v. Intento de reparación quirúrgica abierta con resultado de éxitus. Caso 2: paciente mujer de 16 años, tratamiento endovascular de pseudoaneurisma postraumático de aorta torácica descendente 14 meses antes. Clínica de hematemesis con diagnóstico de FAE. Colocación de stent esofágico. Empeoramiento clínico tras 5 días, obligando a retirada de endoprótesis aórtica e injerto de dacron con drenaje mediastínico. Resultado de shock hemorrágico y CID el 6º día postoperatorio.

Discusión: La actitud terapéutica actual de las fístulas aortoesofágicas depende del riesgo quirúrgico del paciente y de los signos clínicos de infección mediastínica. La aparición de una FAE tras la reparación endovascular de la aorta torácica requiere tratamiento quirúrgico abierto asociando una gran mortalidad.

P13. Tratamiento endovascular urgente en aneurisma toraco-abdominal complicado.

Gutiérrez Alonso V., Mengíbar Fuentes L., Revilla Calavia A., San Norberto García E., Martín Pedrosa M., Cenizo Revuelta N., Del Río Solá L., Ibáñez Maraña M., Vaquero Puerta C.
Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.

Se presentan dos casos de aneurisma de aorta toraco-abdominal complicados que han sido tratados mediante técnica endovascular con resultado satisfactorio.

1: varón de 54 años con aneurisma de aorta torácica y abdominal, HTA, DM, dislipemia y obesidad. Consulta por dolor lumbar. Angio TAC con aneurisma de aorta torácica (43 mm) y abdominal (70 mm), que afecta la salida de troncos viscerales (Tipo II de Crawford), y rotura contenida posterolateral de aorta abdominal a nivel de L4.
2: varón de 73 años con antecedentes de HTA, dislipemia y AAA intervenido mediante resercción e injerto termino-terminal, consulta por dolor abdominal. En Angio TAC se observa pseudoaneurisma anastomótico proximal y dilatación de la aorta abdominal a nivel de la salida de los troncos viscerales.

Mediante disección arteria femoral común bilateral se procede a la colocación en primer lugar de una endoprótesis aorto-monoliaca (Talent® Medtronic® diámetro proximal de 36 mm) a nivel de iliaca distal, que se insinúa en la aorta, y a continuación hasta la salida de ambas arterias renales una endoprótesis para aorta torácica (Valiant® Medtronic® con un diámetro de 44 mm). Se completa el procedimiento con oclusión de la arteria iliaca izquierda y bypass fémoro-femoral.

En ambos casos se consigue la exclusión tanto de aneurisma como del pseudoaneurisma con estabilización del paciente y remisión de la clínica. La utilización de endoprótesis de aorta torácica, a falta de diapositivos de calibre suficiente para aorta abdominal, ha resultado exitosa en dos casos como tratamiento urgente, quedando pendiente el tratamiento de la pared torácica.

P14. Infección de endoprótesis tratada mediante reemplazo de aorta torácica descendente con homoinjerto criopreservado de donante cadaver.

García Franco C.E., Dzieciuchowicz L., Grochowicz L., Martin Trenor A., Espinosa G.
Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. España.

Introducción: Paciente de 57 años derivado a nuestro centro al presentar infección de endoprótesis de aórta torácica descendente (Enterobacter), conjuntamente con hemoptisis y sospecha de fístula aorto-bronquial.

Antecedentes: Julio 2000 IAM inferior. Coronariografía urgente con lesión de tronco +3 vasos. Trasladado para cirugía urgente. Intervenido con *cuádruple bypass coronario* de vena safena con postoperatorio tórpido: Síndrome de bajo gasto que requirió inotrópicos y Balón contrapulsación. Reintervenido por hemotorax. Disección aorta torácica descendente a nivel carina por el balón.Se colocó endoprótesis aorta. Durante la colocación de la endoprótesis desgarro de la femoral común que requiere un injerto iliofemoral izquierdo.

Mayo 2006 extracción prótesis ileofemoral por infección.

Junio 2006 Angioplastia con stent de ilíaca externa derecha y bypass femoro-femoral derecha-izquierda entre arterias femorales comunes. Enero 2007 hemoptisis y anemización por probable fístula aorto-bronquial. Se colocó nueva endoprotesis aórtica para solucionar la supuesta fístula aortobronquial.

Diagnóstico: Se descartó la fístula aortobronquial tras realizarle una fibrobroncoscopia previa al reemplazo aórtico. Una arteriografía del arbol vascular bronquial comprobó una dilatación moderada-severa de las arterias broquiales. Arteriografía y Angio-TAC: aorta torácica descendente presentaba un pseodoaneurisma distal.

Tratamiento: Se llevó a cabo mediante toracotomía posterolateral, extracción de las endoprótesis de aorta infectadas y sustitución de la aorta torácica por un homoinjerto de cadáver criopreservado.

El postoperatorio transcurrió de forma favorable, hasta el sexto día, donde se evidenció un hemotorax izquierdo que requirió de reintervención. La evolución posterior del enfermo resultó satisfactoria.

Conclusiones: El uso de homoinjerto criopreservado de donante cadáver puede ser útil en el tratamiento de las infecciones de endoprótesis de aorta torácica descendente.

P15. Sindrome de robo de la subclavia: trasposición de la arteria subclavia a la carótida común. Reporte de un caso.

Vera Talledo L., Abuhadba G., Bautista Sanchez F.
Hospital Nacional Guillermo Almenara. Lima. Perú.

Objetivos: El síndrome de robo de la subclavia fue descrito desde 1824 por Harrison y posteriormente por Smith pocos años después. Sin embargo no fue hasta los años 70 que nuevamente se objetiviza este síndrome y se estudia a mas profundidad. La fisiopatología se basa en un flujo retrógrado a nivel de la arteria vertebral debido a una estenosis producida a nivel de la subclavia ipsilateral en su porción proximal. Esto genera disminución de flujo sanguíneo a nivel de la región cerebral posterior lo que conllevaría los síntomas de los pacientes los cuales tienden a empeorar cuando se realiza actividad con el miembro comprometido. El objetivo del trabajo es hacer referencia de un caso reconocido en la institución y de su forma de tratamiento quirúrgico.

Material y métodos: Se reporta el caso de una paciente mujer de 51 años de edad, natural de Tumbes, procedente de Lima, con un tiempo de enfermedad de aproximadamente 5 años, caracterizado por la presencia de mareos y síncopes asociados a cambios posturales, con pérdida, inclusive, de conciencia por aproximadamente 5 minutos. La sintomatología se hace persistente con nuevos episodios en el presente año añadiéndose además síntomas de claudicación de miembro superior izquierdo.

Posteriormente se le da un tratamiento quirúrgico definitivo, optándose por una trasposición total de la arteria subclavia izquierda hacia la arteria carótida común. Se realiza una revisión de la literatura buscando alternativas de tratamiento y aquella que tenga mejores resultados.

Conclusiones: Se observa por lo referido en la literatura que la mejor patencia en este tipo de lesiones se consigue con la realización de la trasposición de arteria subclavia a la carótida común; realizándose esto en nuestra institución obteniendo un buen resultado en esta paciente. Se presentan fotografía digitales de TEM en el preoperatorio y las realizadas en el postoperatorio donde se observa adecuada circulación por la anastomosis, con mejoría de la sintomatología de la paciente.

P16. Isquemia aguda post cirugía mínimamente invasiva de incontinencia urinaria reporte de un caso.

Arancibia Sanhueza A., Barral X.
Hospital Víctor Ríos Ruiz. Los Ángeles. Chile.

Introducción: Dentro de las complicaciones de la cirugía de la incontinencia urinaria de esfuerzo minimamente invasiva se cuentan perforación de vejiga, hematomas o infecciones menores, sin embargo las lesiones vasculares mayores raramente se han reportado.

Se reporta el caso de una paciente de 43 años, sin factores de riesgo cardiovasculares, que consulta por claudicación invalidante de extremidad inferior derecha. Tiene el antecedente de una cirugía de incontinencia de orina 10 días antes. En el postoperatorio de esa cirugía presentó una lipotimia recuperada.

Al examen se observa una extremidad inferior derecha fría, sin pulsos palpables, con leve tinte cianótico. En contraste la extremidad contralateral es absolutamente normal, con pulsos claramente palpables.

Se solicita un AngioTAC de Extremidades que muestra una corta oclusión de la femoral común alta, asociado a un hematoma de la zona. Se decide explorar en forma quirúrgica con diagnostico de isquemia aguda tardía.

La intervención resulta particularmente difícil, dado el gran proceso inflamatorio postop. La femoral común ha sido transfixiada por la malla de prolene que conforma el aparato de sujeción del sistema TVT.

Se efectúa resección del segmento arterial comprometido y anastomosis T-T.

La paciente evoluciona con edema de reperfusión, que cede con manejo conservador. A 4 meses de la intervención la paciente se encuentra en buenas condiciones con una leve claudicación y con pulso pedio palpable.

Conclusiones: La cirugía mínimamente invasiva de la incontinencia es un procedimiento efectivo y seguro. La lesión de arteria femoral es una complicación que hasta la fecha no se había reportado.

P17. Revascularización de arteria mesentérica superior aislada por isquemia intestinal crónica. Reporte de un caso.

Arancibia Sanhueza A., Barral X.
Hospital Víctor Ríos Ruiz. Los Ángeles. Chile.

Introducción: La isquemia intestinal crónica es un cuadro subdiagnosticado dado la infinidad de diagnósticos diferenciales que posee. La revascularización de vasos mesentéricos es de excepción en cualquier Servicio de Cirugía Vascular.

Paciente de 72 años, fumador, hipertenso, polivascular, con antecedente de revascularización de extremidades a través de bypass iliofemoral bilateral con amputación supracondilea a izquierda. Consulta por dolor abdominal intenso postprandial, que cede solo parcialmente con morfina. El paciente está enflaquecido y su calidad de vida es mala.

El estudio imagenológico con Angio TAC muestra una arteria mesentérica superior ocluida, tronco celíaco estenótico y calcificado y arteria mesentérica inferior ocluida.

La aorta está muy calcificada, al igual que las arterias iliacas.

Se programa una revascularización mesentérica mediante un by pass aorto mesentérico.

Se logra clampaje lateral de una pequeña zona lateral de la aorta, a la cual se anastomosa una prótesis de PTFE anillada de 6 mm, que se lleva a la AMS dejando una suave curva. El paciente sale extubado a UTI, permaneciendo 24 horas en esa Unidad.

Al 4º día fue dado de alta sin complicaciones.

A los 2 meses postoperado presentó cuadro de diarrea aguda que requirió hospitalización, hidratación y antibióticos, con excelente respuesta.

Hasta el momento se mantiene asintomático.

Conclusiones: La isquemia intestinal crónica es un cuadro de difícil diagnóstico y su resolución quirúrgica es de baja frecuencia en los Servicios de Cirugía Vascular. Hoy día el tratamiento de elección es endovascular, sin embargo la cirugía abierta es una opción valida en casos donde la anterior está contraindicada.

Comunicaciones Libres

II SESIÓN

13. Valoración de la respuesta neuroendocrina en la cirugía carotídea.

GONZÁLEZ-FAJARDO J.A., SALVADOR R., AGUIRRE B., DEL RÍO L., BRIZUELA J.A., CARPINTERO L., GUTIÉRREZ V., VAQUERO C.
Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.

Introducción: La liberación de hormonas y péptidos vasoactivos ha sido sugerida como mecanismo fisiopatológico en relación con la labilidad tensional y posibles complicaciones de la cirugía carotídea.

Objetivos: Analizar la repercusión hidroelectrolítica y hormonal en relación con la cirugía carotídea.

Material y métodos: Se diseñó un estudio prospectivo en el que se incluyeron 30 pacientes consecutivos que precisaron de cirugía carotídea (10 angioplastia-stent, 20 endarterectomías). Se analizó vasopresina (ADH), pro-péptido natriurético (pro-BNP) y balance hidroelectrolítico mediante una determinación basal y otra postoperatoria (24 horas), con monitorización continua de parámetros cardiológicos y hemodinámicos.

Resultados: Se observó un incremento significativo de ADH (p=0,005), pro-BNP (p=0,000) y frecuencia cardíaca (FC, p=0,03), así como una disminución de osmolaridad en relación con la retención de agua (p=0,000). Los pacientes con mayor secreción de ADH precisaron más fármacos hipotensores (p=0,01).

n = 30	ADH	Pro-BNP	Osmolaridad	FC
Basal	2,6 ± 0,0	481,3 ± 643,5	297 ± 9,9	68 ± 7,3
Postoperatoria	3,9 ± 1,8	1223 ± 1905,8	288 ± 10,6	72 ± 9,8

El aumento de ADH y pro-BNP se correlacionó con el tipo de cirugía (p=0,016), siendo mayor el ratio con endarterectomía (ADH 1,66, pro-BNP 3,94) que con cirugía endovascular (ADH 1, pro-BNP 1).

Conclusiones: La endarterectomía carotídea induce mayor alteración neuroendocrina que la cirugía endovascular. El aumento de ADH puede estar en relación con la isquemia cerebral secundaria al clampaje y el mayor estímulo barorreceptor del seno. El incremento de volemia justificaría la disminución de osmolaridad y el aumento reactivo de pro-BNP. Estas modificaciones neuroendocrinas podrían explicar los cambios cardiológicos y el mayor empleo de fármacos hipotensores en la cirugía convencional.

14. Paragangliomas carotídeos: dos estudios etiopatogénicos.

Lozano F., Muñoz A., Eleno N., González-Sarmiento R.
Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Introducción: Los paragangliomas carotídeos (PC) son tumores poco frecuentes, con controversias sobre su comportamiento biológico.

Objetivos: Profundizar en el conocimiento de los PC mediante dos investigaciones: A) ¿Papel de la endoglina?, y B) Estudio genético.

Material y métodos: Sobre 31 PC (serie de la institución, 1994-2009) se realizan dos estudios: A) En muestras titulares de 5 PC (y 5 pulmones de control) se determina por Western blot, histología e inmunohistoquímica, las concentraciones de HIF, VCAM-1, VEGF y endoglina; y B) En sangre periférica de 20 pacientes con PC (2 familiares, 3 múltiples y 3 malignos) y 3 hijos de un paciente con PG familiar-múltiple-maligno, se realiza la búsqueda de mutaciones en los genes SDHB, SDHC y SDHD mediante PCR y CSGE.

Resultados: A) Todas las determinaciones fueron superiores en PC respecto del pulmón, pero sólo significativas en VCAM-1 ($p < 0,02$) y endoglina ($p < 0,02$); y B) 5 mutaciones en 6 pacientes (30,0%): 100% en formas familiares (2/2) y 22,2% en esporádicas (4/18). Dos casos (10%) para cada subunidad. Una mutación en familiares (33,3%).

Conclusiones: 1) Los PC presentan elevada neo-angiogénesis; 2) La endoglina se expresa significativamente más en PC *vs.* pulmón; esto no sucede con VEGF; 3) Dicha expresión se correlaciona con la vascularización del tumor (¿implicaciones diagnósticas, pronósticas y terapéuticas?); 4) ¿Papel del SDHC en los PC esporádicos?; 5) Se deben realizar estudios genéticos en pacientes con PC (¿malignidad?) y sus familiares (consejo genético).

15. Tratamiento endovascular del trauma de troncos supra aórticos. Reporte de 7 casos.

Michel Bergoeing R., Renato Mertens M., Leopoldo Mariné M., Krämer Sch. A., Valdés E.F.

Departamento de Cirugía Vascular y Endovascular, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile. Chile.

La corrección de lesiones traumáticas de troncos supra aórticos (TSA) es técnicamente demandante y se asocia a una alta morbimortalidad por la presencia de lesiones asociadas, la dificultad del acceso quirúrgico y el riesgo neurológico asociado. Esto ha dado paso a nuevas tecnologías endovasculares menos invasivas.

Reportamos 7 pacientes tratados, 6 hombres, edad promedio 30 años, con diferentes etiologías: herida a bala en 2, arma blanca en 1, iatrogenia en 1 y traumatismo no penetrante en 3, que producen las siguientes lesiones: pseudoaneurisma en 6 y laceración subclavia post vertebral con oclusión y hematoma expansivo en 1. El compromiso anatómico fue arteria subclavia en 4, tronco braquiocefálico en 2 y carótida común en 1. El tiempo promedio entre el traumatismo y su corrección fue de 16 días.

La corrección endovascular consistió en implante de stent cubierto en 6 oportunidades y embolización de la arteria subclavia lacerada en 1, todos con solución clínica y angiográfica adecuada, siendo dados de alta sin secuelas neurológicas o isquémicas de la extremidad superior. El acceso fue por vía femoral en tres, denudación carotídea en tres y braquial en uno.

El tratamiento de lesiones traumáticas de TSA por vía endovascular es técnicamente factible y con buenos resultados a corto y mediano plazo. Debido a la edad de los pacientes el seguimiento a largo plazo es mandatorio. Requiere experiencia en manejo endovascular y capacidad de improvisación frente a circunstancias inhabituales.

16. Alternativas quirúrgicas de las lesiones ateromatosas occlusivas de la arteria subclavia: cirugía abierta o endovascular.

GARCES D., GOSSELIN J.
Polyclinique y Centro Hospitalier de Blois. Blois. Francia.

Objetivos: En el curso de los últimos años el tratamiento para las lesiones ateromatosas de los troncos supraaórticos ha evolucionado de la cirugía abierta a la endovascular, esta última es considerada por ciertos equipos como el tratamiento de elección. Nosotros definimos la actitud terapeutica.

Pacientes y métodos: De enero 1998 a diciembre 2008 han sido tratados 29 lesiones ateromatos estenosantes de la arteria subclavia (SC) en 27 pacientes. Nosotros excluimos las lesiones con extensión a la arteria axilar y humeral. Todos los pacientes tenian sintomas (miembro superieor, Insuficiencia vertebro basilair o ambos). La evaluación preoperatoria fue realizada con arteriografía durante los primeros 5 años y con angioscanner y/o angioTC durante los 5 últimos años. Los resultados de permeabilidad fueron estudiados por el método de Kaplan Meyer.

Resultados: De los 27 pacientes 13 fueron de sexo femenino y 14 masculino. La edad media fue de 59 años (43 a 86 años). Fueron tratadas 10 (35%) SC Derechas y 19 (65%) SClzquierdas. Fueron realizados 12 cirugías extratorácicas (10 puentes en PTFE y 2 resecciones anastomosis de la SC en la Carótida) y 17 angioplastias (2 simples y 15 con stent). Se realizó un abordaje femoral en 9 casos, humeral quirúrgico en 8. Para decidir la técnica se analizó la sintomatología, la forma de la arteria y el aspecto de la placa).

Puentes: la permeabilidad primaria a 30 días, 1 año 3 años y 6 años fue de 91%, 81%, 72% y 66% respectivamente. La permeabildad secundaria fue de 91% a 1 año y 81% a 3 y 6 años. Angioplastias: la permeabilidad primaria a 30 días y 5 años fue 88%. 2 pacientes presentaron una reestenosis de 50% durante el seguimiento y no fueron reintervenidos.

Conclusiones: Los resultados de las 2 técnicas son casi equivalentes si la indicación esta adaptada a la morfología de la arteria y de la placa. La disminución de complicaciones probablemente esta ligada a esta decisión. El estudio de la placa con angioscaner es mandatorio sobre l'angioTC. La angioplastia recomendamos como tratamiento de primera intensión en lesiones relativamente simples. En casos de occlusión, de placas calcarias, ulceradas o en associación con aneurismas, la cirugía es la opción mas segura y debe continuar en la actualidad.

17. Prevalencia de la estenosis carotídea asintomática en pacientes con enfermedad arterial periférica.

Barba A., Vega M., Estallo L., De la Fuente N., Viviens B., Gómez R.
Hospital de Galdakao-Usánsolo. Galdakao. España.

Objetivos: Conocer la prevalencia de la Estenosis Carotídea Asintomática (ECA) en pacientes con Enfermedad Arterial Periférica (EAP).

Paciente y métodos: Desde enero de 1999 hasta diciembre de 2008 realizamos un Eco-Döppler de Troncos Supraaórticos (TSA) a 1493 pacientes diagnosticados de EAP. Consideramos ECA cuando el grado de estenosis es ≥ 50% de la luz arterial. Estudiamos los distintos factores que pudieran influir en su presencia.

Resultados: De los 1.493 pacientes, 1.386 fueron varones (92,8%), la edad media fue de 67 ± 10 años (37-93). El 46,6% hipertensos, el 38,5% eran fumadores activos, el 36,3% dislipémicos, y el 28,5% diabéticos. El 58,5% tenían una oclusión fémoro-poplítea y el 69,3% se encontraban en estadío IIa de Fontaine. Doscientos ochenta y tres pacientes (19,0%) tenían ECA y de ellos 79 tenían lesiones bilaterales. En el 51,4% de los casos (186 pacientes) la estenosis era <70%, el 35,1% (127) del 70-99% y en el 13,5% (49) oclusiones. Los pacientes hipertensos [OR 1,9 (IC 95%) 1,5-2,5], con una Insuficiencia Renal Crónica (IRC) [OR 2,0 (IC 95%) 1,1-3,5], con antecedentes de Accidente Cerebro Vascular (ACV) previos de origen no carotídeo o no filiado [OR 4,7 (IC 95%) 3,4-6,4] y los pacientes claudicantes [OR 1,9 (IC 95%) 1,1-3,5] tuvieron una posibilidad estadísticamente mayor de tener una ECA.

Conclusiones: Es recomendable realizar un Eco-Döppler de TSA en los pacientes con una EAP, ya que tienen mayor posibilidad de tener una ECA que la población normal, y realizarlo especialmente en pacientes claudicantes, con HTA, IRC o antecedentes de ICV.

18. Monitorizacion mediante oximetría de la irrigación cerebral en la cirugía carótidea.

Brizuela J.A., Gutiérrez V., Carrera S., San Norberto E., González Fajardo J.A., Vaquero C.
Servicio Cirugía Vascular. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.

Objetivos: La isquemia cerebral que ocurre durante endarterectomía carotídea se monitoriza en el momento actual generalmente por ecografía transcraneal y mediante electroencefalografía (EEG). Los autores desarrollan el estudio con objeto de determinar si la isquemia cerebral es posible detectarla mediante oximetría cerebral.

Material y métodos: Se ha valorado 24 pacientes a los que se les realizó endarterectomía carótida, monitorizándoles mediante oximetría cerebral utilizando el oxímetro de INVOS3100A. Los cambios en la amplitud de la curva y la medición de la rSO_2 en datos cuantificable son tratados desde el punto de vista estaditico para valorar las diferencias en situaciones de normalidad, funcionamiento del shunt y clampado del vaso.

Resultados: Se constata la sensibilidad del sistema al detectar al disminuir los valores tras clampado del vaso, en comparación con los de situación de normalidad de perfusión.

Discusión y conclusiones: El sistema se muestra como fiable siendo sensible a la isquemia y a la situación de repercusión cerebral, mostrándose como un método sensible en la detección de los cambios de perfusión cerebral.

19. Cirugía combinada de endarterectomía carótidea y revascularización miocárdica. Experiencia en el instituto Nacional del Corazón. Essalud. Lima-Perú. 2003-2009.

Cuya W., Bautista F., Cervera J., Morón J., Carlos Ramirez J.
Lima. Perú.

Objetivos: Se reporta la experiencia en el Departamento en cirugía combinada de endarterectomía carotídea y revascularización coronaria y el analisis de morbimortalidad perioperatoria y post operatoria.

Material y métodos: Estudio retrospectivo donde se identificó 24 pacientes entre enero del 2003 y abril de 2009 con indicación quirúrgica de revascularización coronaria y endarterectomía carotídea (sintomáticos con estenosis >de 60% y asintomáticos con estenosis >de 70%). La indicación quirúrgica de la revascularización de miocardio fue realizada en pacientes de alto riesgo coronario.

En el mismo acto quirúrgico se realizó primero la endarterectomía carotídea, con parche de dacrón, seguido de la cirugía de revascularización coronaria con o sin uso de CEC.

Evaluamos la incidencia de disfunción neurológica, IMA perioperatorio y mortalidad por causas relacionadas.

Resultados: Se intervinieron 17 hombres y 7 mujeres. Edad media de todo el grupo 71,1 años.

Hubo un caso de mortalidad temprana (4,1%) por infarto de miocardio perioperatorio. Las complicaciones neurológicas fueron transitorias y se presentaron 4 casos (16%) de disfunción neurológica tipo II. En uno de los casos no fue posible la realización de endarterectomía por calcificación parietal severa, el cual no tuvo complicaciones luego de la revascularización coronaria.

Conclusiones: La cirugía combinada de endarterectomia carotídea y revascularización coronaria es segura y con buenos resultados en pacientes de alto riesgo coronario.

20. Endarterectomía carotídea: estudio comparativo entre pacientes de bajo riesgo frente a pacientes de alto riesgo.

Anaya Sifuentes M., Gallego Ferreiroa C., Vidal Rey J., Rosendo Carrera A.
Hospital Xeral Cies. Vigo. España.

Objetivos: Determinar los resultados (la tasa de ictus o muerte en los primeros 30 dias post operatorios) de la TEA carotidea en nuestro servicio. Y comparar los resultados obtenidos en los pacientes de bajo riesgo frente a los de alto riesgo, definidos según criterios de inclusión del estudio SAPHIRE.

Material y métodos: Se hizo un estudio retrospectivo de 135 TEA carotídeas consecutivas realizadas en 127 pacientes con estenosis carotidea mayor o igual al 70%. El diagnóstico se realizo mediante ecodoppler y fue corroborado por Angioresonancia o arteriografía. Se utilizo anestesia general, parche de dacrón y empleo de Shunt intraoperatorio según preferencias del cirujano.

Resultados: La tasa de mortalidad global fue de 1,5%. La tasa de Ictus/muerte a los 30 días fue de 3,0%. Los pacientes de bajo riesgo (n=110) presentaban una tasa de ictus/muerte de 0,9% estadísticamente inferior a los pacientes de alto riesgo (n= 25) cuya tasa era del 12%.

Conclusiones: La TEA carotídea realizada bajo anestesia general tiene una incidencia muy baja de morbi-mortalidad en los primeros 30 días postoperatorios tanto en pacientes sintomáticos como en asintomáticos de bajo riesgo. Pero en pacientes de alto riesgo los resultados son significativamente peores, por lo que es este subgrupo de pacientes el que se podría beneficiar de una técnica menos invasiva como es el stenting carotídeo.

21. Stent carotídeo transcervical en octogenarios: resultados inmediatos y seguimiento a 2 años en 88 casos.

Matas M., Alvarez B., Ribo M., Constenla I., Mestres G., Maeso J.
Hospital Universitario Vall d´Hebron. Barcelona. España.

Objetivos: En la actualidad, se cuestiona el uso del stent carotídeo en pacientes octogenarios y algunos autores consideran esta población un subgrupo de alto riesgo. Analizamos resultados inmediatos y a medio plazo del stent carotídeo transcervical en pacientes octogenarios.

Material y métodos: De 2005 a 2009 implantamos 88 stents carotídeos con flujo reverso transcervical en 85 pacientes octogenarios (42,5 % asintomáticos, 57,5 % sintomáticos). La recogida de datos fue prospectiva y el análisis por intención de tratar. Realizamos seguimiento clínico y hemodinámico. Analizamos resultados inmediatos: éxito técnico, complicaciones y tasa de ictus/infarto miocardio (IM)/muerte (30 días) y reestenosis e ictus durante el seguimiento mediante curvas Kaplan-Meier y log-rank.

Resultados: La tasa de éxito técnico fue del 97,8 % y en el 2,2 % restante realizamos reconversión a cirugía. No hubo ictus. Un paciente falleció al quinto día por IM (1,1 %). El seguimiento fue de 1 a 39 meses (14,4+-10). En el análisis de supervivencia la incidencia acumulada de reestenosis superior al 70 % a 12 y 24 meses fue del 2 y 5 % respectivamente (error estandar 2 y 4%). La enfermedad pulmonar obstructiva crónica se asoció con dicha reestenosis (p=0,02). La supervivencia libre de ictus a 2 años fue del 100 %. La supervivencia al año y 2 años fue del 91 y 76 % respectivamente (error estandar 3 y 7 %).

Conclusiones: En nuestro centro, el stent carotídeo en octogenarios presenta una baja tasa de complicaciones y eventos postoperatorios y buenos resultados de permeabilidad y prevención de ictus a 2 años.

22. Tratamiento endovascular versus endarterectomía carotídea. Experiencia de 8 años en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

RUIZ CHIRIBOGA D.F.
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Objetivos: Desde enero de 2000 estamos realizando un ensayo clínico en Fase IV, con aprobación del Comité de Ética del Hospital, consentimiento informado a los pacientes y asignación sistematizada de los casos, para determinar la eficacia del tratamiento endovascular en la prevención de eventos isquémicos cerebrales, así como su morbimortalidad y comparar sus resultados con cirugía carotídea (TEA).

Material y métodos: Desde el primero de enero de 2000 hasta el 31 de diciembre de 2008, fueron intervenidas 411 estenosis carotídeas en 384 pacientes, realizando 203 TEA y 208 endovascular. De ellas un 60% eran pacientes sintomáticos con una estenosis superior al 70%, y alrededor de un 40% eran pacientes asintomáticos con una estenosis superior al 80%.
Los pacientes fueron asignados siguiendo parámetros de elección en tres grupos:
Grupo 1: Pacientes seleccionados para TEA.
Grupo 2: Pacientes seleccionados para cirugía endovascular.
Grupo 3: Pacientes con asignación sistematizada para cirugía o angioplastia.
El seguimiento se realizó con revisiones periódicas en la consulta externa mediante la realización de un eco doppler en los primeros 30 días, a los 3, 6 y 12 meses de la intervención quirúrgica; y seguimiento anual posterior.

Resultados: Se analiza la mortalidad y la tasa de ictus discapacitantes durante los primeros 30 días posteriores al tratamiento. La mortalidad del grupo al que se le realizo una TEA fue de 1,47% (3/203). La mortalidad del grupo con tratamiento endovascular fue de 0,48% (1/208).

Conclusiones:
- En nuestra serie, el tratamiento quirúrgico presenta mayor tasa de mortalidad que el tratamiento endovascular
- A largo plazo el tratamiento endovascular presenta una mayor tasa de reestenosis.
- Son necesarios conocer los resultados de los ensayos actuales en marcha para poder detectar la seguridad y la eficacia del tratamiento endovascular versus quirúrgico.

Comunicaciones Libres

III SESIÓN

23. Implante de células madre autólogas en pacientes con insuficiencia arterial crónica de los miembros inferiores estadios IIb.

Artaza Sanz H.M., Hernández Ramírez P., Del Valle Pérez L., Socarrás Ferrer B.B., González Iglesias A.I., Matamoros Martínez de Pinillos M.A., González Suárez T., Goicochea Díaz P., Blanco Díaz A., González Viñales D., Atencio Sariol E., García Pelegri S.

Hospital General Clínico Quirúrgico Docente "Enrique Cabrera". Ciudad Habana. Cuba.

La arteriosclerosis obliterante es la causa más frecuente de enfermedad oclusiva arterial en los adultos, que tiene como forma de presentación más común la ateroesclerosis.

En este trabajo se evaluaron la seguridad y eficacia en pacientes con isquemia crónica de los miembros inferiores en estadios IIb de la clasificación de Fontaine, del autotrasplante de células mononucleares (CMN) derivadas de la médula ósea y movilizadas a la sangre periférica mediante estimulación con factor estimulador de colonias granulocíticas,

Se incluyeron 18 adultos con el diagnóstico de arteriosclerosis obliterante con isquemia crónica de un miembro inferior. Edad media 62 años, 12 del sexo masculino. A los 17 pacientes se le implantaron intramuscularmente en el miembro afectado CMN obtenidas de la sangre periférica.

La evaluación integral de los pacientes mostró mejorías en las variables clínicas y hemodinámicas analizadas (distancia de claudicación, índice de presiones tobillo-brazo).

Conclusiones: La terapia celular en estadios tempranos de la enfermedad, constituye una alternativa segura y eficaz para el tratamiento de la isquemia crónica de miembros inferiores.

Palabras clave: Células Madre, Insuficiencia Arterial Crónica, arteriosclerosis obliterante, terapia celular.

24. Oxigenoterapia hiperbárica en cirugía vascular.

Juliá J., Batle J.M., Torreguitart N., Riera, R. Lozano, P.
Hospital Universitario de Son Dureta. Palma de Mallorca. España.

Objetivos: Evaluar la experiencia del tratamiento con oxigenoterapia hiperbárica (OHB) en el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular.

Material y métodos: En el periodo julio 2005 a marzo 2009 se han realizado 72 tratamientos de OHB en 45 pacientes con graves lesiones y/o perdidas extensas de partes blandas. La edad media de los pacientes fue de 63 (r 25-89). El numero medio de sesiones recibidas por cada paciente fue de 37 (r 10-85). La indicación de OHB fue: pie diabético complicado en 21 casos, enfermedad arterial periférica (EAP) estadio IV en 8 casos, ulcera venosa crónica en 7 y otras heridas abiertas tórpidas en 9 casos. Del total de pacientes se realizó procedimientos revascularizadores previos a OHB o durante las sesiones en 17 pacientes.

Resultados: Se analizó la evolución de las lesiones, el nivel de dolor y la reducción del número de calmantes. No hubo ningún caso de abandono de tratamiento. Al final del tratamiento se obtuvo curación en el 80% de los casos, mejoría significativa en 10%, sin cambios en el 5% casos y empeoramiento en 5% restante.

La disminución media del número de calmantes fue del 70%, siendo del 50% durante la primera semana de tratamiento. La disminución media del dolor en la escala analógica (1-10) fue de 6 puntos (r 0-10).

Conclusiones: La OHB se ha demostrado como un tratamiento coadyuvante efectivo y seguro para tratar lesiones tróficas, ulceras venosas crónicas y heridas tórpidas. Su tolerancia es muy buena y sin efectos secundarios.

25. Tratamiento con heberprot-p en pie diabético.

Manuel Hernández Cañete C., Sánchez Montiel M.E., Vega Garcïa. R.
Hospital Provincial Docente "Dr Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila. Cuba.

Se realiza un estudio en el Servicio de Angiología del Hospital "Dr. Antonio Luaces Iraola" de Ciego de Ávila Cuba durante tres años donde se aplica el Heberprot-P intralesional (Producto creado en el Centro de Ingeniería genética y Biotecnología de Cuba) se aplicó a los enfermos diabéticos portadores de úlceras grado 3 y 4 de la clasificación de Wagner y se dan a conocer los resultados obtenidos, donde más del 80% de estos enfermos tuvieron buenos resultados, evitándose amputaciones menores y mayores, destacándose en estos resultados favorables los enfermos portadores de pie diabético isquémico que caen en el grado 4 de la clasificación de Wagner. La lesión que más se presentó fue en los dedos, las reacciones adversas fueron pocas y de menor importancia, los enfermos de la séptima década fueron los más frecuentemente afectados. Se dan conclusiones preliminares y se revisa la literatura al respecto.

26. Nuevo abordaje quirúrgico en el tratamiento de la hiperhidrosis plantar.

Salinas G., Saavedra L., Sánchez V., Bautista F., Quispe R., Hernández J.M., Nodal J., Málaga D.
Lima. Perú.

Objetivos: Descripción de una variante de la técnica operatoria en el abordaje vídeo endoscópico de la cadena simpática lumbar.

Material y métodos: Revisión de historia clínica y de vídeos de dos pacientes intervenidos para el tratamiento de hiperhidrosis plantar por lumboscopìa. Trabajo descriptivo de una propuesta de técnica operatoria para la simpatectomía lumbar.

Resultados: En esta presentación describimos un nuevo abordaje quirúrgico, practicado en dos pacientes con diagnóstico de hiperhidrosis plantar: la primera paciente de 63 años, sin comorbilidad asociada y antecedente de dos cirugías previas (cesárea e histerectomía), y la segunda paciente de 31 años sin comorbilidad asociada y antecedente quirúrgico previo por hiperhidrosis palmar (simpatectomía torácica bilateral). En este nuevo abordaje se ingresa por el lado izquierdo en la línea axilar anterior a nivel de flanco hacia el espacio retroperitoneal a través de 3 trócares (10 mm, 5 mm y 5 mm). Luego de identificar y clipar la cadena simpática ipsilateral se aborda el lado derecho pasando anteriormente a la columna vertebral y se identifica y clipa de igual manera la cadena simpática contralateral, sin necesidad de hacer incisiones o ingresar con trócares por el lado derecho. Las pacientes fueron dadas de alta el mismo día de la intervención con resolución completa de la hiperhidrosis plantar.

Conclusiones: Tècnica reproducible y de bajo riesgo donde la ventaja es el abordaje unilateral del paciente para el tratamiento de ambas cadena simpáticas lumbares que permite al cirujano el manejo del paciente sin su movilización y cambio de posición de tròcares.

Dicha técnica puede ser aplicada para la simpatectomía lumbar minimamente invasiva para tratamiento de cualquier patología que requiera su uso.

27. Patología vascular y trasplante renal.

SEGURA IGLESIAS R.J., GONZÁLEZ MARTÍN M.
CHU A Coruña. A Coruña. España.

Objetivos: Presentar el tratamiento de la patología vascular en pacientes que precisan un trasplante renal así como la patología vascular que surge en la evolución de un trasplantado renal en el sector aorto-ilíaco o en la arteria del riñón trasplantado.

Pacientes y métodos: Entre marzo de 1996 y noviembre de 2006 tratamos 19 pacientes, 5 mujeres y 14 varones, con edades entre 36 y 72 años (media 58,8 años), agrupando a los pacientes en:

grupo I patología vascular previa al trasplante (**3**)
grupo II patología vascular postrasplante (**12**) y un
grupo III con estenosis de la arteria del riñón trasplantado (**4**).

Las intervenciones fueron convencionales y endovasculares en los grupos I y II y *rotación ilíaca* para el grupo III.

Resultados: No hubo mortalidad intra-operatoria. El seguimiento fue entre 24 y 128 m. (media 65,7 m.).

Mortalidad precoz: 1 paciente del grupo I al que se había trasplantado de corazón y riñón , y corrección del eje ilíaco de forma simultánea.

Morbi-mortalidad tardía afectó a 3 pacientes del grupo II (una muerte por citomegalovirus a los 43 días, una muerte por candidiasis esofágica a los 3 meses y entrada en hemodiálisis a los 6 meses) y 1 del grupo III (fracaso del injerto a los 4 años).

Conclusiones: No mortalidad intra-operatoria.

La mortalidad precoz se relaciona con procedimientos asociados (tx de corazón).

La morbi-mortalidad tardía depende del estado inmunológico o del estado previo del riñón trasplantado.

Evolución comparable a población de pacientes trasplantados.

28. Estudio de la validez del dúplex intraoperatorio en la búsqueda de fístulas A-V durante la realización del bypass *in situ*.

PEREZ-BURKHARDT J.L., UCELAY R.
Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. Santa Cruz de Tenerife. España.

Objetivos: Determinar la validez del eco-doppler color para la deteccion intraoperatoria de fistulas durante el bypass venoso "*in situ*" frente a la radiología convencional.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo sobre 30 pacientes consecutivos intervenidos por el mismo cirujano. Se realizó un barrido preoperatorio para determinar calibre y permeabilidad de la vena previa la cirugia, marcando las colaterales visibles. Tras las anastomosis, habiendo ligado las colaterales previamente señaladas, se realizó un barrido intraoperatorio con dúplex en búsqueda de fístulas y, tras el mismo, se realizó una arteríografia convencional. Se realizó control ecográfico a las 72 horas y 1, 6, y cada 12 meses. Se realizó análisis estadístico con t student para muestras apareadas y log rank test para permeabilidades, representadas como tablas de vida.

Resultados: 24 varones y 6 mujeres, todos diabéticos, fueron intervenidos entre 3/2006 y 2/2009, por el mismo cirujano, por isquemia crítica. Se detectaron una media de 4,1 colaterales preoperatorias (IC 1,3-8, ± = 0,05). El dúplex intraoperatorio reveló la existencia de 4,2 ± 0,8 fístulas (IC 1,2-5,2; ± = 0,05) mientras que la arteriografia demostró 2,3±1,2 fistulas (IC 0,4-3,9; ± = 0,05), existiendo diferencia altamente significativa entre ellas. La permeabilidad primaria fue de 11,2 ± 4,2 meses (0-27), con un índice de salvamento de extremidad a 30 días de 95%. Tan sólo se detectaron en controles postoperatorios 2 fístulas.

Conclusiones: La ecografía intraoperatoria es una técnica con una altísima sensibilidad y especificidad para determinar la persistencia de fístulas tras la realización de un bypass *in situ*, permitiendo agilizar la técnica e incrementar su efectividad.

29. Traumatismos vasculares por asta de toro, nuestra experiencia.

Carrera S., González-Fajardo J.A., Arce N., Beltran de Heredia J., Vaquero C.
Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.

Los traumatismos vasculares por asta de toro por su etiología, mecanismo de producción, etiopatogenia y peculiaridades en el tratamiento, requieren consideraciones espaciales y especial valoración.

Se presentan un total de 56 lesiones vasculares por asta de toro atendidas de un total de 136 traumatismos vasculares atendidas en los últimos 20 años en el Hospital Universitario de Valladolid de un total de 656 lesiones de asta de toro. Las edades de los pacientes, estaban comprendidas entre 17 y 79 años.

De las 56 lesiones vasculares, 4 casos correspondieron a los del cuello, 4 a los del tórax, 16 a los vasos abdominales y 32 a los vasos de las extremidades. 26 fueron lesiones arteriales y 30 venosas Las lesiones arteriales se localizaron tres a nivel ilíaco, cinco a nivel femoral inguinal, seis a nivel de la arterial femoral superficial a nivel del muslo, un caso de afectación de ramas de la hipogátrica a nivel de la nalga, dos casos de afectación de la arteria poplitea, un caso de afectación de la arteria tibial, dos casos de lesión de arteria axilar y un caso de lesión humeral. A nivel venoso, en un caso ha sido lesionada la vena ilíaca, los vasos espermáticos en un caso, seis veces la vena femoral, un vez la vena yugular, una vez la vena axilar, una vez la vena subclavia, una vez la vena hipogátrica y en tres ocasiones la vena safena.

Se analizan los resultados y se discute los mecanismos de producción y el tratamiento efectuado dependiendo del alto grado de contaminación que tiene el cuerno del toro.

30. Resultados a mediano plazo del reparo endovascular de aneurismas de la arteria poplitea.

SICARD G., GERAGHTY P., RUBIN B., SANCHEZ L.
Washington University/Barnes-Jewish Hospital. St. Louis, Missouri. U.S.A.

Introducción y objetivos: Aneurismas de la arteria poplitea son las mas frequentes aneurismas de las arterias periféricas. Aunque la cirugía convencional ofrece resultados duraderos, el tratamiento endovascular es atractivo ya que es menos invasivo. Presentamos los resultados a mediano plazo del tratamiento endovasculas.

Métodos: Revisión retrospectiva del tratamiento endovascular de aneurisma de la arteria poplitea (EVPAR) desde septiembre 2002 a marzo 2006 en una sola institución académica. Los pacientes fueron evaluados para estado clínico, necesidad de intervención secundaria, tasa de amputación y sobrevida.

Resultados: Quince extremidades en trece pacientes fueron tratudos con EVPAR durante el periodo de estudio. La edad promedio fue de 74,6 (66-84). Todas las aneurismas se trataron con Viabahn con un promedio de 1,67 stents por extremidad. Exito técnico se obtuvo en 100% y las 15 extremidades tuviero índice tobillo brazo de 1,0 en el postoperatorio inmediato. Dos pacientes murieron (a 3 y 23 meses) por razones no relacionadas al EVPAR y un paciente se perdió en seguimiento. De las 12 extremidades a evaluar el promedio de seguimiento fue de 36,5 meses (rango 15-56 meses). Intervenciones secundarias fueron requeridas en dos extremidades (16,7%). Un paciente requirio tratamiento endovascular de un endoleak (Tipo I) a 18 meses y por un endoleak Tipo III a 29 meses. Otro paciente desarrollo un endoleak Tipo I a los 23 meses. Los 3 endoleaks fueron tratados éxistosamente con otra endoprótesis. No hubo amputaciones y la sobrevida global fue de 85,7%.

Conclusiones: EVPAR is una técnica con excelentes resultados a mediano plazo. Las complicaciones por endoleaks se puedan resolver por técnicas endovasculares. Estudios comparativos se necesitan para establecen que pacientes con aneurisma de arteria poplitea son mejor tratados por la técnica endovascular.

31. Resultados a corto y mediano plazo del manejo de la enfermedad arterial oclusiva crónica infrainguinal con stent y/o angioplastia.

López Salazar E., Diego García A., Segura D., Gerardo Cadavid L., Gómez Hoyos, J.F., Hernández N.

Departamento de Hemodinámica y Enfermedades Vasculares. Clínica Cardiovascular Santamaría. Medellín. Colombia.

Introducción: En el manejo de la enfermedad arterial oclusiva crónica (EAOC) del segmento infrainguinal, la terapia endovascular se ha convertido en la técnica de elección en muchos casos con porcentajes de éxito inmediato mayor del 95%.

Objetivos: Evaluar los resultados a corto y mediano plazo de la terapia endoluminal en pacientes con EAOC del segmento infrainguinal.

Material y métodos: Se realiza un análisis retrospectivo, descriptivo y longitudinal basado en la revisión de las historias clínicas de pacientes sometidos a terapia endovascular por EAOC entre los años 1997-2008 en la Clínica Cardiovascular de Medellín.

Resultados: Se intervinieron 175 pacientes realizando 76 angioplastias y 99 angioplastias con stent. El seguimiento promedio fue de 19,1 meses en 142 pacientes. En el primer mes el IT/B mejoró en promedio 0,36 y el estadio Fontaine paso a ser menor de II en el 57,7% de los pacientes. El 90,8% de las lesiones tratadas fueron TASC A-B, con flujos de salida por más de 2 vasos el 73,1%. La reestenosis se presentó en 50 pacientes (28,6%) con una asociación mayor a HTA, tabaquismo, flujo de salida por un vaso y estadio de Fontaine mayor de III. Se requirió reintervención terapéutica en 56 oportunidades.

Conclusiones: La terapia endoluminal para el manejo de la EAOC infrainguinal es una alternativa segura y eficaz. Con bajos porcentajes de reestenosis en seguimientos a mediano plazo dependiendo del tipo de lesión a tratar y comorbilidades asociadas.

32. Estudio comparativo de la aterotomía con y sin stent cubierto en animales sanos y ateromatosos.

VAQUERO C., GONZÁLEZ FAJARDO J.A., CARRERA S., SAN NORBERTO E., GUTIERREZ V.
Departamento de Cirugía Experimental. Facultad de Medicina de Valladolid. Valladolid. España.

Uno de los principales problemas derivados del tratamiento mediante aterotomía de las lesiones de arterias periféricas es la reestenosis de la lesión a medio plazo. Se considera que la colocación de un stent cubierto una vez eliminado el material ateromatoso para evitar el desarrollo de una nueva placa.

Material y métodos: Se realiza un estudio experimental en el conejo utilizando un total de 30 animales, divididos en tres grupos donde se realiza en uno una aterotomía ilíaca (n:12), en otro aterotomía ilíaca (n:12) con la colocación de una segmento tubular de PTFE y un tercer grupo de 6 animales que se utiliza como control. Los animales se trataron bajo anestesia general de clorhidrato de ketamina y previo abordaje de la arteria femoral se realiza una arteriotomía para realizar a nivel ilíaco externo una aterotomía mediante la utilización de un aterotomo Silverhawk. A los animales del grupo de aplicación de un segmento tubular de PTFE, se implantó al finalizar la aterotomía. Se cerró la arterotomía con sutura discontinua y a partir de este momento a la mitad de los animales de cada grupo se les administró una dieta aterogénica por espacio de un mes y al resto dieta normal por espacio de tres meses. Al finalizar este periodo se realizó un estudio angiográfico y se extrajo la arteria femoral para su estudio histopatológico.

Resultados: Evidencia que la tasa de trombosis inmediata es similar en ambos grupos al producirse el cierre total en una animal de cada grupo experimental. La tasa de reestenosis es menor en el grupo con dieta normal que a los que se les suministró la aterogénica. El nivel de estenosis es superior en los animales sin tratamiento con cubierta con cubierta de PTFE que los no cubiertos.

Conclusiones: Podemos afirmar que la cubierta de la lesión aterotomiazada con un segmento tubular de PTFE es inferior que la que la de los animales que no se cubrió.

33. Valoración del stent en acero cubierto de una membrana de PTFE (Advanta V12®) en el tratamiento de lesiones oclusivas aorto-ilíacas.

Sessa C., Cochet E., De Lamber A., Magne J.L.
Hospital Universitario de Grenoble. Francia.

Objetivos: El objetivo de este estudio retrospectivo fue valorar la permeabilidad a mediano plazo y la tasa de re-esternosis intra-stent y en las extremidades 20 de un stent en acero cubierto de una membrana de PTFE (Advanta V12®) para tratar las lesiones oclusivas aorto-ilíacas.

Pacientes y métodos: Entre junio 2005 y diciembre 2007, 54 lesiones aorto-ilíacas (4 trombosis, 50 estenosis) fueron tratadas con 59 stent cubierto en 43 pacientes. La edad media era de 64 años (rango de 40 a 86), 38 eran hombres y 5 mujeres. El estadio clínico era II en 30 casos, III en 2 casos, IV en 7 casos y una isquemia subaguda en 4 casos. Un stenting de primera intención fue realizado en 46 casos. Las lesiones estaban ubicadas en la ilíaca 20 primitiva en 38 casos, de los cuales 12 placas estaban en la bifurcación aórtica, en la ilíaca externa en 14 casos, y en la aorta terminal en 2 casos. El largo de arteria tratada con stent ha sido alrededor de 40 mm (n=46), 60 mm (n=4), 70 mm (n=1), 90 mm (n=2) y 120 mm (n=1).

Resultados: El éxito de la técnica ha sido del 98%. Un paciente tuvo embolias periféricas post-operatorias que fue tratada por embolectomía. La permeabilidad primaria a los 12 y 22 meses fue del 89% y 79% respectivamente y la permeabilidad primaria asistida fue del 91% a los 22 meses. El seguimiento medio fue de 19 meses (rango de 4 a 38). Hemos observado 2 trombosis (3%) y 5 re-estenosis (8,4%); 2 intra-stent (3%) y 3 en la extremidad del stent (5%).

Conclusiones: El stent Advanta V12® es eficaz con una tasa de permeabilidad primaria asistida del 91% a los 22 meses. Este stent cubierto realiza un verdadero “endo-bypass” con una tasa de re-estenosis intra-stent baja del 3% a los 22 meses. Un seguimiento a más largo plazo y un estudio prospectivo son necesarios para la comparación con los stents convecionales.

Comunicaciones Libres

IV SESIÓN

34. Tratamiento endovascular en la rotura de aorta torácica descendente.

SALMERÓN L.M., CUENCA J., CARRASCO D., ASENSIO R., LINARES J., ROS E.
Hospital Clínico San Cecilio de Granada. España.

Objetivos: Presentar nuestra experiencia en el tratamiento endovascular de la rotura de aorta torácica descendente de diversas etiologías.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo de 17 casos consecutivos. Se consideró rotura aórtica la presencia de contraste fuera de la luz. Etiología: 3 traumatismos, 7 aneurismas de aorta torácica descendente (uno de ellos con fístula aorto-bronquial), 3 úlceras penetrantes, 3 pseudoaneurismas (2 de ellos tras cirugía de coartación, uno de ellos con fístula aorto-entérica). La edad media fue de 56 años (19-79). Todos los pacientes se realizaron de urgencia, bajo anestesia general, con catéter para drenaje de LCR y utilizando hipotensión controlada en la liberación de los dispositivos. Se colocaron una media de 1,63 endoprótesis/paciente, usando una media de 117 cc de contraste y 19´ de escopia. Se obliteró intencionadamente la arteria subclavia en 6 casos, sin realizar revascularización.

Resultados: Tiempo medio de demora en la atención 11,6 horas. Tiempo medio de intubación postcirugía 26,3 horas. Estancia media 14 días (5-22). Éxito técnico: 100%. Complicaciones: Mortalidad 0%, paraplejía 0%, 1 paraparesia transitoria, 1 neumonía y 1 endofuga tipo I resuelta con embolización de subclavia y 3 casos de claudicación de brazo izquierdo transitoria. Fiebre postimplante apareció en el 73,2%, sin relación con causa séptica. El seguimiento medio fue de 58,7 meses (3-89), no se detectaron endofugas posteriores.

Conclusiones:

- Consideramos que el tratamiento de elección en la rotura de aorta torácica descendente es el endovascular.
- Se debe realizar un seguimiento a largo plazo sobretodo en jóvenes.

35. Tratamiento endovascular de las lesiones traumáticas de la aorta torácica. Seguimiento a corto-medio plazo.

Fernández Valenzuela V., Mestres Alomar G., Maeso Lebrun J., Aloy Ortiz M., Yugueros X., Matas Docampo M.
Hospital Universitario Vall d'Hebron. Universidad Autonoma de Barcelona. Servicio de Angiologia, Cirugía Vascular y Endovascular. Barcelona. España.

Objetivos: Valorar los resultados y comportamiento a corto-medio plazo del tratamiento endovascular de los traumatismos de aorta torácica.

Material y métodos: Serie prospectiva histórica. Hasta agosto de 2008, se han tratado 20 pacientes con lesiones traumáticas de aorta torácica. El 70% fueron varones. Edad media 31,8 años. Todos presentaban otras lesiones asociadas. La demora media de la intervención fue de 15 días, sin complicaciones atribuibles a esta espera.

Resultados: Exito inicial 100%, sin éxitus ni fugas, aunque se repararon lesiones en vía de acceso 4 (20%). El seguimiento medio postoperatorio fué de 43,53 meses (5,5-108,0). Durante éste, se han requerido 4 (20%) reintervenciones: 2 revascularizaciones postoperatorias de arteria subclavia izquierda (20% de las que se ocluyeron), y 2 reintervenciones aórticas: una endovascular (un colapso) y una abierta (trombosis de la endoprótesis). Todas estas reintervenciones se realizaron con éxito, y sin complicaciones. Como hallazgos asintomáticos, se han observado defectos de coaptación proximal de la endoprótesis (40% de la serie), aparición de trombo mural intraprotésico durante los primeros 6 meses (35%), y rotura asintomática de la barra longitudinal (5%).

Conclusiones: El tratamiento endovascular de las lesiones traumáticas de la aorta torácica ofrece unos resultados esperanzadores a corto y medio plazo, aunque no está exenta de complicaciones. Desconocemos la implicación a largo plazo de los defectos de coaptación proximal y de la trombosis mural intraprotésica. El seguimiento estricto y continuado de estos pacientes, y el conocimiento de las posibles complicaciones, puede mejorar las tasas de durabilidad y éxito de la técnica a largo plazo.

36. Manejo endovascular de aneurismas de aorta torácico y aneurisma de aorta abdominal. Técnica endovascular e híbrida.

Arismendi Ortiz I., Ramírez Herrán W.
Medellín. Colombia.

Objetivos: Determinar morbimortalidad a 30 días en pacientes con aneurisma de aorta abdominal o torácico manejados por vía endovascular.

Material y métodos: 18 pacientes severamente enfermos con aneurisma de aorta torácica o abdominal sintomáticos o rotos sin ninguna otra opción de tratamiento quirúrgico.

Resultados: Disminución de la morbimortalidad a 30 días de un 90% a un 15% en pacientes con enfermedades múltiples manejados endovascularmente por aneurisma de aorta torácica o abdominal.

Conclusiones: Aunque es una corta casuística se concluye que la terapia endovascular es la mejor opción para oclusión de aneurismas en pacientes con reserva funcional comprometida.

Resumen: Se describen a continuación 18 casos de pacientes con aneurisma de aorta (10 en aorta abdominal y ocho en aorta torácica), en los cuales fue necesario el manejo endovascular por su comorbilidad, se describe también, la técnica e indicación de realización de procedimientos hibrido durante la exclusión del aneurisma, se desglosan las complicaciones y porcentajes de esta comorbilidad, además del tipo de técnica de revascularización hibrida haciendo énfasis finalmente en el seguimiento y las complicaciones posteriores a la realización del procedimiento.

37. Tratamiento "híbrido" del aneurisma tóraco-abdominal.

Mertens R., Valdés F., Krämer A., Bergoeing M., Mariné L.
Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago. Chile.

La cirugía del aneurisma tóraco-abdominal es un desafío técnico, requiere extensa exposición e isquemia de órganos vitales durante su reparación, con una alta morbimortalidad. Durante la última década la terapia endovascular de la patología aórtica se ha establecido como efectiva y menos invasiva.

Entre 2004 y 2008 tratamos a 15 pacientes con aneurismas torácicos y compromiso visceral, diez hombres y 57 años de edad promedio (28-76). Seis eran portadores de enfermedad de Marfán. La indicación fue la dilatación en todos los pacientes, en uno con ruptura. En 7 la causa era disección aórtica crónica. Procedimiento en dos fases, primero: revascularización retrógrada visceral y renal desde la aorta infrarenal, asociado en 10 casos a reparación de aneurisma aórtico infrarenal mediante prótesis bifurcada. Segunda fase de inserción de endoprótesis, diferida en 11 casos y concomitante en 4. Cubriendo desde la aorta proximal al aneurisma hasta la aorta infrarenal, excluyendo la lesión. En 13 casos se ocluyó el tronco celiaco sin revascularización.

Dos pacientes fallecen antes de 30 días por infarto y tromboembolismo pulmonar (13,3%), un paciente presenta paraplejia con recuperación. Durante el seguimiento 4 pacientes fallecen, ninguno por complicaciones aórticas del segmento tratado. De las 55 reconstrucciones viscerales o renales, dos puentes renales se ocluyen precozmente, uno es rescatado sin secuelas. A 12 meses un paciente requiere angioplastia por estenosis del puente.

Este tratamiento alternativo del aneurisma tóraco-abdominal presenta resultados aceptables en esta grave patología, el seguimiento a largo plazo y desarrollo de nuevas tecnologías definirán su uso en el futuro.

38. Tratamiento quirúrgico abierto y endovascular de la coartación de aorta en paciente adulto.

San Norberto E.M., González-Fajardo E.M., Gutiérrez V., Cenizo N., Martín-Pedrosa M., Revilla A., Vaquero C.
Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.

Objetivos: Comparar el tratamiento endovascular y quirúrgico abierto de la coartación de aorta en adultos.

Material y métodos: Estudio prospectivo de 11 pacientes tratados en los últimos 10 años, 5 endoprótesis (grupo A) y 6 cirugía abierta (grupo B). El seguimiento se realizó con medición de la presión arterial, ecocardiografía y TC ó RMN.

Resultados: Edad mediana de la serie de 46 años (17-67) y seguimiento medio de 52,6 meses (1-117 meses, 32,3 grupo A / 69,7 grupo B, p=0,01). Dos casos del grupo A eran recurrencias tras angioplastia en la infancia. Las complicaciones postoperatorias fueron 27,7% (1 hemotórax grupo A *vs* 1 neumotórax y 1 hemotórax grupo B), con mortalidad nula. El éxito técnico endovascular fue del 80%. La estancia en Unidad de Reanimación fue 2,3 días (1 grupo A / 3 grupo B, p=0,01), mientras que la hospitalaria de 11 días (7,8 grupo A / 11,83 grupo B, p=0,17). La reducción en el gradiente de presión fue de 21,9 + 3,7 mmHg (24,5 + 4,3 grupo A *vs* 33 + 3,2 grupo B). El 54,5% de los pacientes continuaron con medicación antihipertensiva (80% grupo A *vs* 33% grupo B, p=0,01), con un gradiente residual postratamiento medio de 23,4 + 4,3 mmHg (22,5 + 5,4 grupo A *vs* 22 + 2,1 grupo B, p=0,58).

Conclusiones: Los resultados del tratamiento endovascular son semejantes a los de la cirugía abierta a corto y medio plazo, con una menor estancia en la Unidad de Reanimación, pero con mayor necesidad de tratamiento antihipertensivo. Gradientes con ecocardiografía ligeramente superiores a 20 mmHg son habituales durante el seguimiento.

39. Tratamiento endovascular de los aneurisma de aorta abdominal: 12 años de experiencia clínica.

Espinosa G.[1,2], Ribeiro Alves M.[1], Dzieciuchowicz L.[2], Grochowicz L[2].

1. Hospital Universitario - Universidade Federal do Río Janeiro, Brasil.

2. Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España.

Objetivos: Reportar 12 años de experiencia con el tratamiento endovascular (EVAR) de los aneurismas de aorta abdominal (AAA).

Material y métodos: Entre junio 1997 y mayo 2009, 351 pacientes con AAA (con diámetro medio de 59,0 ± 14,4 mm) fueron sometidos a EVAR. Edad media fue de 72,5 ± 7,4 (297 hombres y 54 mujeres). El seguimiento clínico utilizó angio-TAC (1,6 y cada 12 meses). Fueron evaluados los datos concernientes a la supervivencia (Kaplan-Meier), endofugas, procedimientos secundarios y diámetro del aneurisma.

Resultados: el procedimiento pudo ser realizado en 348 pacientes (99,1%). La mortalidad inmediata fue de 3,7% (n=13). La expectativa de supervivencia fue de 67,3% a los 5 años y de 47,9% a los 10 años. Se observaron 21 endofugas en el Angio-TAC de 30 días y 15 endofugas adicionales en el seguimiento a largo plazo. Ocurrieron 2 rupturas de aneurisma en el seguimiento a largo plazo (endofuga tipo III y endotensión). En el estudio de angio-TAC se observo un aumento del diámetro del cuello aórtico infrarenal que fue significativo en los 36 meses de seguimiento clínico inicial ($p<0,001$). El diámetro medio de los AAA disminuyó para 45,7 ± 18,4mm ($p<0,001$) a los 5 años y para 37,8 ± 15mm ($p<0,019$) a los 10 años, siendo más intenso en el segundo intercuartil.

Conclusiones: El EVAR fue efectivo para la prevención a largo plazo de la ruptura de los AAA. Inicialmente se observo un incremento del diámetro de los cuellos aorticos. Ocurre una disminución del tamaño de los sacos aneurismaticos, que fue más intenso en los de menor diámetro.

40. Experiencia inicial con la endoprotesis de aorta abdominal Evita® en el Hospital Dr. Josep Trueta de Girona.

Andres O., Zúñiga C., Agües R., Rodriguez P., Ruz C., Presas A., Amado J.B.
Hospital Dr. Josep Trueta. Girona. España.

Introducción: Se describen los 10 primeros casos de tratamiento endovascular de Aneurisma de Aorta Abdominal con la endoprotesis Evita Abdominal de JOTEC.

Material y métodos: De enero a diciembre de 2008 se trataron diez pacientes con diagnóstico de Aneurisma de Aorta Abdominal con colocación de la endoprotesis Evita Abdominal. Los diez pacientes fueron diagnosticados con imágenes de AngioTEM, estratificados para sus comorbilidades y riesgo quirúrgico cardiovascular y programados para la colocación de las endoprotesis en sala de operaciones con uso de Arco en C.

Resultados: Todos los pacientes fueron de sexo masculino, con edad promedio: 71,75 años (63-81). Los Aneurismas tuvieron un diámetro promedio de 55,5 mm (45-80), con un cuello proximal promedio de 22,1 mm y un diametro de arterias ilíacas promedio de 20,7 mm. El diámetro promedio de protesis usada fue de 30 mm. El tiempo promedio de hospitalización fue de 3 días. El tiempo promedio de duración del procedimiento fue de 101,25 min. (60-120). Se presentaron Endoleaks tipo Ia (1 paciente), Ib (1 paciente), II (3 pacientes) y III (1 paciente), todos fueron resueltos o se limitaron en el control. El tiempo promedio de seguimiento es de 5,8 meses (1-10).

Conclusiones: La endoprotesis Evita Abdominal es una opción mas para el tratamiento endovascular del Aneurisma de Aorta Abdominal con resultados similares a otros dispositivos en un corto periodo de seguimiento.

41. Endoprótesis modular reposicionable en el tratamiento de aneurismas de aorta abdominal infrarrenal: experiencia inicial.

Lobato Andrés M., Arroyo Bielsa A., Porto Rodríguez J., Acosta Espeleta E.M., Redondo Teruel S., González Méndez A., Gesto Castromil R.
Hospital Universitario Doce de Octubre de Madrid. Madrid. España.

Objetivos: Evaluar los resultados de los primeros pacientes con aneurisma de aorta abdominal infrarrenal (AAA) tratados con la endoprótesis Anaconda en nuestro centro. Se trata de una endoprótesis de poliéster con esqueleto parcial de nitinol, reposicionable, trimodular que dispone de un sistema de imanes para canalizar la rama contralateral.

Paciente y métodos: Entre noviembre de 2006 y marzo de 2009 hemos implantado esta endoprótesis en 16 pacientes de alto riesgo quirúrgico (octogenarios y/o ASA IV). La mediana de diámetro de los AAA era 60 mm. En cinco casos el aneurisma se extendía a una o ambas iliacas. Realizamos embolización previa de una arteria hipogástrica en cuatro pacientes.

Resultados: La mediana de tiempo quirúrgico fue 180 minutos, y la mediana de tiempo de fluoroscopia de 36 minutos. Un enfermo precisó una derivación iliofemoral y en un caso fracasó el sistema de imanes. Un 25% de los pacientes sufrió deterioro de función renal, 12% complicaciones respiratorias, 18 % complicaciones de la herida y 18 % complicaciones cardiológicas con un exitus secundario a insuficiencia cardiaca refractaria. El 18 % presentó endofuga tipo II, que persistió en el 6 % sin crecimiento del saco aneurismático. No hubo complicaciones arteriales ni reintervenciones. La mediana de reducción de diámetro fue de 5 mm.

Conclusiones: Esta endoprótesis ofrece buenos resultados de exclusión del aneurisma a corto plazo. El sistema de imanes facilita la cateterización de la rama contralateral y su carácter reposicionable permite asegurar su correcta colocación. Debemos esperar a conocer resultados a largo plazo.

42. Función renal en pacientes intervenidos mediante implante de endoprótesis de aorta abdominal con oclusión intencionada de rama renal accesoria.

Dzieciuchowicz L., Espinosa G., Grochowicz L., Lavilla Royo F.J., Arbizu Lostao J.
Angiología y Cirugía Vascular. Clínica Universidad Navarra. Pamplona. España.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es relatar la experiencia en tratamiento endovascular de aneurisma de aorta abdominal en pacientes con ramas arteriales renales accesorias.

Material y métodos: En el periodo desde febrero de 2008 hasta abril de 2009 se intervinieron 6 varones, portadores de AAA, mediante implante de endoprótesis con oclusión intencionada de al menos una de las ramas arteriales renales accesorias. La edad media fue 71 (53-84) años. Ninguno de los pacientes tenía un aclaramiento de creatinina (según fórmula MDRD-4) menor de 60 ml/min/1,73 mE2. Antes del procedimiento se valoró por gammagrafía la posible repercusión de la oclusión de la rama accesoria sobre la función renal. Se recogieron datos referentes a función renal antes y a los 1, 3, 10, 30 y 90 días después de la intervención.

Resultados: No hubo fallecimientos y ningún paciente requirió hemodiálisis durante periodo de seguimiento. En postoperatorio inmediato 5 pacientes presentaron un cuadro de dolor en flanco abdominal que cedió con analgésicos. Los pacientes no presentaban una insuficiencia renal significativa (estadio mayor de 2 según clasificación DOQI) antes de la intervención. Se produjo incremento de los niveles de creatinina entre las primeras 24 y 72 horas siguientes a la intervención, con descenso posterior en todos los pacientes, salvo en un caso. A los 30 y 90 días todos presentaron niveles de creatinina en plasma semejantes a los basales.

Conclusiones: El implante de endoprótesis con oclusión intencionada de ramas arteriales renales accesorias es una posible opción terapéutica en tratamiento de AAA.

43. Endoprotesis aórticas fenestradas caseras: experiencia de un centro hospitalario.

Wilderman M., Sicard G., Rubin B., Geraghty P., Raman K., Sanchez L.
Washington University/Barnes-Jewish Hospital. St. Louis. Missouri. USA.

El tratamiento endovascular de la aneurisma de la aorta infrarenal (EVAR) esta bien aceptado y se ha demostrado que reduce la mortalidad y complicaciones perioperatorias y la estancia hospitalaria. Algunos pacientes no son candidatos a EVAR debido a una anatomía no favorable del cuello aórtico ya sea angulación >60º, cuello cónico o cuello corto <15 mm o extension de la aneurisma a las arterias renales y/o AMS. En los E.U.A. la endoprotesis fenestrada no esta comercialmente disponsible. Esto ha llevado a algunos centros a desarrollar un programa de protesis fenestradas caseras para tratar este grupo de pacientes.

Métodos: Desde enero 2006 a diciembre 2008, 21 pacientes de alto riesgo quirúrgica se trataron con endoprotesis caseras fenestradas utilizando o el cuff Zenith Renu o el Zenith bifurcado flex. Las indicaciones fueron anatomía *no favorable del cuello en AAA >5,5 cm resultados*. Exito técnico primario se obtuvo en 95% de los pacientes. La mortalidad a 30 días fue de 5% (1/21 pacientes) se fenestraron con stents 24 arterias. Con un seguimiento promedio de 7,9 ± 9,7 meses el 100% de las arterias fenestradas se mantienen permeables. Se le ha identificado un leak Tipo II. No se han requerido intervenciones secundarias, insuficiencia renal o migración protesica. Todas las aneurismas estan estables o han disminudo de tamaño.

Conclusiones: Resultados tempranos de protesis fenestradas caseras en pacientes de alto riesgo y anatomía no favorable son alentadores. El dispositivo fenestrado commercial tiene un buen futuro.

44. Cambios en la morfología del cuello de aneurismas aórticos abdominales y pérdida de la elegibilidad anatómica para reparación endovascular durante seguimiento: se cierra la "ventana de oportunidad" para algunos aneurismas pequeños?

Timaran C.H., Rosero E.B., Veith F.J., Modrall J.G., Clagett G.P., Donayre C.E.
Universidad de Texas Southwestern Medical Center. Plano. TX. USA.

Antecedentes: El crecimiento de los aneurismas de aorta abdominal (AAA) pequeños está frecuentemente asociado con cambios en el cuello aórtico durante seguimiento. El propósito de este estudio fue determinar cuáles son los efectos de los cambios en el cuello aórtico sobre la elegibilidad para la reparación endovascular (REV) de dichos aneurismas durante seguimiento, particularmente en AAAs con morfología marginal del cuello (longitud <15 mm y diámetro >28 mm).

Métodos: Estudiamos 62 pacientes con AAAs pequeños (diámetro, 4 cm a 5,4 cm), los cuales tuvieron seguimiento a largo plazo por medio de angiografía tomográfica computarizada (ATC) y reconstrucciones en 3D. La duración promedio del seguimiento fue de 36 meses [rango intercuartil (RIC), 16-53 meses]. La eligibilidad para REV fue determinada a partir de la anatomía del cuello, morfología de las ilíacas y todas las angulaciones del AAA.

Resultados: La edad mediana de la cohorte de estudio fue 74 años (RIC, 65-77 años). En la ATC inicial, 22 (35%) AAAs presentaron cuellos marginales, de los cuales 74% se consideraron elegibles para REV. La mediana del diámetro de los AAAs aumentó de 44,5 mm (RIC, 41-48) a 51,1 mm (RIC, 46-55). El diámetro del cuello aórtico aumentó de 23,0 mm a 25,9 mm (P=.001), mientras que la longitud del cuello disminuyó de 26,5 mm a 19,0 mm (P<.0001). No ocurrieron cambios significativos en la morfología/angulación aórtica o de las iliacas. En general, la elegibilidad anatómica para reparación endovascular cambió significativamente durante el periodo de estudio (81% *vs* 69%; prueba de McNemar, P<.001). Es de anotar que 45% de los AAAs con morfología marginal del cuello, *vs* 3% de aquellos con cuellos adecuados no fueron elegibles para REV al final del período de seguimiento (P<.001). De hecho, los AAAs con cuellos marginales tuvieron 17 veces más riesgo de perder la elegibilidad anatómica para REV durante el seguimiento (odds ratio, 16,8; Intervalo de confianza al 95%, 4,0-69).

Conclusiones: Cambios significativos en la morfología del cuello aórtico y la elegibilidad para reparación endovascular ocurren durante el seguimiento a largo plazo de los AAAs pequeños. La elegibilidad se afecta principalmente en AAAs pequeños con morfología marginal del cuello. Nuestros datos indican que la reparación endovascular electiva temprana para AAAs pequeños con cuellos marginales se justifica cuando esta es la opción preferida de tratamiento, ya que el seguimiento prolongado en tales pacientes puede resultar en cambios en el cuello aórtico que impiden una futura REV.

45. Reparo endovascular en aneurisma aórtica (EVAR) de tamaño amplio: estudio comparativo de 5 años.

Sánchez L., Sicard G., Jim J., Fajardo A., Rubín B., Geraghty P.
St. Louis. Missouri. USA.

Objetivos: Auque EVAR se ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de AAA, existen algunas caracteristica como el cuello amplio (>28 mm) que limita su aplicabilidad. Actualmente existen tres dispositivos comerciales en los EUA para tratar pacientes con cuello aortico >28 mm. Sin embargo no existen publicaciones sobre resultados a largo plazo en este subgrupo de pacientes. El objetivo de este reporte es el evaluar los resultados del dispositivo Talent en aneurismas con cuello ≥ 28mm.

Métodos: Ciento cinquenta y seis pacientes se evaluaron en un studio prospectivo del Talent LPS desde Febrero 2002 a Abril 2003. Analysis de subgrupos se llevaron a cabo para AAA con cuello < 28 mm (Grupo 1) y con cuellos ≥ 28 mm (Grupo 2). Resultados a 30 días, 1 año y 5 años post-procedimientos fueron evaluados.

Resultados: Pacientes con cuellos < 28 mm y > 28 mm teman un perfil similar de factores de riesgo pero eran significativamente mas viejos 72,9 *vs.* 76,4 años (p=0,01). Se observaron menos eventos significativos a 30 dias en el Grupo 1 (95,1 *vs* 79,2%; p=0,01) y a 365 dias (85 *vs* 72%; p=0,033). La sobrevida a 30 días del Grupo 1 y 2 llego a ser estadísticamente significativa. No se observo diferencia significativa a 5 años en endoleaks, tamaño de la aneurisma y mortalidad relacionada a la aneurisma pero se observo una incidencia menor en la tasa de migración en el Grupo 1 (0 *vs* 9,4%; p=0,01).

Conclusiones: Aneurisma de cuello grande pueden ser tratadas con dispositivos disponsibles con resultados alentadores a 5 años. Sin embargo estos pacientes demuestran mayor riesgo de migración y numero de complicaciones.

46. Revascularización de la arteria hipogástrica en el EVAR.

Gutiérrez Alonso V., San Norberto García E.,Martín Pedrosa M.,
Cenizo Revuelta N., Del Río Solá L., Ibáñez Maraña M.,Vaquero Puerta C.
Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.

El 40% de los aneurismas tratados en nuestro Servicio tienen afectadas al menos una de sus bifurcaciones ilíacas, complicando la posible zona de sellado.

Para poder obtener un buen sellado, sin perder ambas hipogástricas, hemos cambiando esta zona hacia hipogástrica en uno de los lados, en pacientes con afectación de ambos ejes ilíacos hasta su bifucación.

Con esta técnica hemos operado 7 pacientes con aneurisma de aorta abdominal tipo E con un calibre menor a 25 mm a nivel de ilíaca común, lo que imposibiltaba la colocación de una endoprótesis con rama hipogástrica. En nuestros pacientes se utilizó un injerto bifurcado Endurant® con la rama principal por el lado donde iba a quedar sellado todo el eje ilíaco, a terminar en ilíaca externa. Por el lado contralateral se añadió una rama 16-10, quedando a unos 4 centímetros de hipogástrica. Desde humeral izquierda se colocó una Endoprotesis Wallgrafth® 12 × 70 que se introduce en hipogástrica, se practica posteriormente ligadura de iliaca externa distal y se revasculariza la extremidad mediante by-pass fémoro-femoral.

Con un tiempo de evolución de 6-15 meses, no ha aparecido en nuestros pacientes ningún signo de isquemia digestiva, ni de extremidades. La rama hipogástrica y el bypass se mantuvieron permeables en todos, siendo comprobados mediante TAC a 3, 6 y 12 meses.

La colocación de este tipo de endoprótesis no aumentó la morbilidad del procedimiento, permitió hacerlo en un solo tiempo, evitando sellar en zona dilatada, y las consecuentes fugas tipo I distales, y evitándose la claudicación glútea.

47. Reparación endovascular de pseudoaneurismas anastomóticos abdominales.

Ros-Vidal R.[2], López-Espada C.[1], Salmerón Febres L.M.[2], Linares-Palomino J.P.[2], Asensio García R.[2],Vera Arroyo B.[2], Ros Die E.[2]
Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona. España.

Introducción: La cirugía abierta para reparar pseudoaneurismas anastomóticos abdominales (PAAA) se asocia a una alta mortalidad y morbilidad, al tratarse de un campo reoperado, con posibilidades de infección protésica y en pacientes con un mayor deterioro general que en la cirugía primaria.

Objetivos: Describir los detalles técnicos y el seguimiento, de una serie de casos de PAAA tratados por técnicas endovasculares como alternativa al tratamiento abierto tradicional.

Pacientes y métodos: Identificamos 5 pacientes con PAAA tratados con una prótesis endovascular. Todos ellos asintomáticos y sin signos de infección protésica. Analizamos la morfología protésica, las características de los PAAA, tipo de endoprótesis y el seguimiento de los pacientes.

Resultados: El tamaño de los PAAA fue de 5,6 cm (4,5-6 cm). Las prótesis iniciales fueron 3 bypass aortobifemorales y 2 aortoaórticos, realizados 11,8 años antes (10-19 años). La longitud del cuello proximal sano era de 2,99 cm., con un diámetro medio de 2,84. Se utilizaron 4 prótesis endovasculares bifurcadas y una recta, sin conversiones. Las fijaciones proximales se produjeron sobre arteria nativa. A nivel distal, en dos casos, la fijación se produjo en la rama protésica previa. Como complicaciones hubo un caso de trombosis parcial del cuerpo protésico y una endofuga tipo I resuelta espontáneamente. Con un seguimiento de 20,6 meses (3-54) no se ha producido ninguna muerte, ruptura, migraciones ni endofugas.

Conclusiones: Las técnicas endovasculares evitan una re-laparotomía en pacientes de alto riesgo con PAAA. Consiguen resultados aceptables a pesar de las dificultades anatómicas y protésicas de este tipo de pacientes.

48. Tratamiento endovascular en aneurisma de aorta abdominal roto.

Martín Pedrosa M., Gutiérrez Alonso V., Mengíbar Fuentes L., San Norberto García E., Cenizo Revuelta N., Del Río Solá L., Ibáñez Maraña M., Vaquero Puerta C.
Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.

Introducción: La elevada tasa de mortalidad de la cirugía convencional en los casos de aneurisma de aorta abdominal (AAA) roto junto con los esperanzadores resultados obtenidospor el tratamiento endovascular en la cirugía electiva del AAA hacen crecer el interés por la función que puede desarrollar esta técnica en este tipo de pacientes.

Pacientes y métodos: Desde enero de 2001 a diciembre de 2008, 102 pacientes ingresaron en nuestro centro con el diagnóstico de AAA roto. 28 pacientes fueron sometidos a tratamiento endovascular (25 varones, edad media 75 años).

Resultados: El periodo medio de seguimiento ha sido de 24 meses. La mortalidad intraoperatoria del 7,1% (2), a los 30 días la mortalidad acumulada fue del 25% (7). Todos los dispositivos fueron implantados sin incidencias. Se registró una tasa de complicaciones técnicas del 17,8% (cuatro endoleaks tipo 1, y una plicatura en extensión iliaca). Se precisó reintervención en un 14,5% de los casos (uno por endoleak no tratable de modo endovascular, dos por síndrome compartimental abdominal y uno por trombosis de injerto femorofemoral).

La estancia media en la unidad de reanimación fue de 5,63 días mientras la hospitalaria fue de 18,8 días.

Conclusiones: El tratamiento endovascular es una técnica aplicable en los casos de AAA roto con resultados como mínimo similares a las mejores series de cirugía convencional.

Aunque los resultados de las series de casos publicadas son alentadores son necesarios estudios aleatorizados con un tamaño muestral adecuado para confirmar la eficacia de este tipo de procedimiento.

Información General

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

Datos del participante

Apellidos: .....

Nombre: .....

Especialidad: .....

Institución: .....

Dirección: .....

País: ..... C.P.: ..... Provincia o Estado: .....

Teléfono: ..... Fax: .....

E-mail: .....

Cuotas

	hasta el 11/07/09	después del 11/07/09
Miembro de la Sociedad	400 $ USA	450 $ USA
Médico Residente	300 $ USA	350 $ USA
No Miembro de la Sociedad	450 $ USA	500 $ USA
Acompañante*	200 $ USA	250 $ USA

La cuota de inscripción da derecho a la asistencia a todas las Sesiones científicas, Cocktail Inauguración, Comidas de trabajo, Jornadas de confraternización, Certificación de asstencia, Material y Cena de clausura.
* Incluye Cocktail Inauguración, Jornada de confraternización, Cena Clausura y un día de Visita Turística.

Traslado Aeropuerto/Hotel o Hotel/Aeropuerto

Fecha llegada: ..... Nº Vuelo: ..... Hora llegada: .....

Fecha salida: ..... Nº Vuelo: ..... Hora salida: .....

Hotel seleccionado en Cusco: .....

Nº de personas: ☐ 1 ☐ 2

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

FORMA DE PAGO

☐ DEPÓSITO O TRANSFERENCIA: favor de realizar el depósito correspondiente a nombre de IMPACTA EVENTS & TRAVEL, S.A., al Banco Continental, CUENTA EN DÓLARES Nº 011-0333-0100070325
Switf Code BCONPEPL
Dirección Larco 1202 Miraflores, Lima-Perú. (incluir copia del voucher del depósito)

☐ TARJETA DE CRÉDITO
No se procesará ninguna reservación sin proporcionar los datos completos de su tarjeta de crédito para garantizar y autorizar a hacer el cargo correspondiente.

Tarjeta de crédito: ☐ American Express ☐ VISA

Número de tarjeta: .....

Fecha de vencimiento: .....

Importe acordado: ..... Documento de Identidad: .....

A nombre de: ..... Firma:

Por la presente firma autorizo a IMPACTA EVENTS & TRAVEL, S.A., a efectuar el cargo del monto descrito y los gastos que se pudieran ocasionar en caso de cancelación y/o cambio de última hora de esta inscripción. Solo se aceptaran cancelaciones hasta el día 30 de Junio de 2009, después de esa fecha no se aceptaran cancelaciones.

DATOS PARA EL ENVIO DE SU BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

Debe enviarse a la secretaría técnica del evento:
IMPACTA EVENTS & TRAVEL
Fax: 511-445 1962
E-mail: cvhh2009@impactaevents.com

BOLETÍN DE ALOJAMIENTO

Apellidos: .....

Nombre: .....

Dirección: .....

Provincia o Estado: ..... C.P. ..... País: .....

Teléfono: ..... Fax: .....

E-mail: .....

Hoteles

	Habitación Simple	Habitación Doble
Libertador 5*	265.00 $ USA	265.00 $ USA
Casa Andina Private Collection 4*	214.00 $ USA	214.00 $ USA
Novotel 4*	200.00 $ USA	200.00 $ USA
Picoaga 4*	138.00 $ USA	138.00 $ USA
Casa Andina Cuzco Plaza 3*	97.00 $ USA	97.00 $ USA
Royal Inka II 3*	68.00 $ USA	89.00 $ USA

- Los precios de alojamiento son en USD por noche e incluye desayuno, 10% de servicios.
- Hotel esta exonerado del 19% IVA (DS 919), sírvase presentar copia de su Pasaporte al momento del registro en el hotel para poder exonerar de impuestos.

Forma de pago

No se procesará ninguna reservación sin proporcional los datos completos de su tarjeta de crédito para garantizar y autorizar a hacer el cargo correspondiente. En caso de no presentarse al hotel en la fecha indicada y no cancelar antes del 7 de Septiembre de 2009 se efectuará un cargo por "No Show" equivalente a una noche por habitación + 19% IGV.

☐ Tarjeta de crédito: ☐ American Express ☐ VISA

Número de tarjeta: .....

Fecha de vencimiento: .....

Importe acordado: ..... Documento de Identidad: .....

A nombre de: ..... Firma:

Por la presente firma autorizo a IMPACTA EVENTS & TRAVEL, S.A., a efectuar el cargo del monto descrito y los gastos que se pudieran ocasionar en caso de cancelación y/o cambio de última hora de estas reservas.

Llene ese formato y envíelo firmado con todos los datos al fax: 511-445 1962.

INFORMACIÓN GENERAL

Fechas 10, 11, 12 y 13 de Octubre de 2009

Sede Centro de Convenciones Cusco

Secretaría Científica Toda la correspondencia científica se tramitará a través de la Secretaría general de CVHH.
Apartado de Correos 24.314
08080 Barcelona (España)
Telf. (34) 93 863 05 31
Fax. (34) 93 863 05 58
Belén Jiménez
E-mail: cvhh@uriach.com

Secretaría Técnica Impacta Events & Travel
Mara Barrera
Calle Tarata 294 piso 6
Miraflores
Lima, 18
Tel.: 511 445 1031
E-mail: mbarrera@impactaevents.com
lbachet@impactaevents.com

La Secretaría Técnica del Congreso estará a disposición de los Congresistas durante todo el Congreso y estará ubicada en la Sala Tipón del Centro de Convenciones Cusco.

Lengua Oficial Español

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

Identificación Para acceder a la Sala de Ponencias y a la Exposición Comercial, hay que llevar la identificación.

SOCIOS PROTECTORES

BARD DE ESPAÑA,S.A.

CARDIVA, S.L.

GRUPO URIACH

JHONSON & JHONSON

W. L. GORE ASOCIADOS, S.L.

DENOMINACIÓN DEL MEDICAMENTO. Disgren 600 mg polvo y disolvente para solución oral. Disgren 300 mg cápsulas. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA**. Disgren solución oral: Cada envase contiene 600 mg de triflusal. Para la lista completa de excipientes. Disgren cápsulas: Cada cápsula contiene 300 mg de triflusal. **FORMA FARMACÉUTICA**. Disgren solución oral: Polvo y disolvente para solución oral. Cada envase unidosis contiene el disolvente transparente en el frasco y el polvo blanco en el interior del tapón. Disgren cápsulas: Cápsula dura. Cápsulas de gelatina dura transparentes que contienen polvo blanco y llevan la palabra disgren impresa en rojo en una de las mitades. **DATOS CLÍNICOS**. Indicaciones terapéuticas. Profilaxis secundaria, tras un primer episodio isquémico coronario o cerebrovascular, de: Infarto de miocardio, Angina estable o inestable, Accidente cerebrovascular no hemorrágico transitorio o permanente. Reducción de la oclusión del injerto después de realizar un by-pass coronario. Posología y forma de administración. Adultos y ancianos: Disgren solución oral: La dosis recomendada es de 600 mg/día en dosis única. La solución reconstituida debe ser transparente y de color amarillento. Desenroscar el tapón rojo y verter el contenido en un vaso con agua o zumo de frutas. También puede mezclarse con purés. Disgren cápsulas: La dosis recomendada es de 600 mg/día en dosis única o fraccionada o de 900 mg/día en dosis fraccionada. Se recomienda que triflusal se tome preferentemente con las comidas. Vía de administración oral. Uso en niños: La seguridad y eficacia no se han establecido en sujetos menores de 18 años. Uso en pacientes con insuficiencia renal o hepática: La experiencia clínica en pacientes con insuficiencia renal o hepática es limitada, por lo que se recomienda un cuidado especial al iniciar el tratamiento en este tipo de pacientes. En pacientes con insuficiencia renal severa sometidos a hemodiálisis convencional, las concentraciones plasmáticas pre y postdiálisis del metabolito principal de triflusal, HTB (ácido 2-hidroxi-4-(trifluorometil)benzoico), no han mostrado variaciones significativas, por lo que no se precisa un ajuste de la dosis. Contraindicaciones. Disgren está contraindicado en pacientes con: hipersensibilidad a triflusal u otros salicilatos; ulcera péptica activa o antecedentes de úlcera péptica complicada; hemorragia activa. Advertencias y precauciones especiales de empleo. Insuficiencia renal o hepática: La experiencia es limitada. En pacientes con insuficiencia renal severa sometidos a hemodiálisis convencional, las concentraciones plasmáticas pre y postdiálisis del metabolito principal de triflusal, HTB (ácido 2-hidroxi-4-(trifluorometil)benzoico), son similares. Riesgo hemorrágico: A pesar de que triflusal ha producido una baja incidencia de complicaciones hemorrágicas en los estudios clínicos, deberá utilizarse con precaución en pacientes con riesgo de hemorragia debido a traumatismo u otras condiciones patológicas. Asimismo, los fármacos que pueden inducir hemorragias, como ácido acetilsalicílico (AAS) u otros antiinflamatorios no esteroides (AINEs), deberán utilizarse con precaución en pacientes tratados con triflusal. Si un paciente va a ser sometido a cirugía programada, debe evaluarse el riesgo hemorrágico y, en caso de que se considere necesario, debe suspenderse la administración de triflusal 7 días antes de la intervención. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción. Estudios in vitro de unión a proteínas mostraron aumento de la fracción libre de HTB (principal metabolito activo de triflusal) en presencia de AINEs. Por otra parte, concentraciones elevadas de HTB hacen aumentar las fracciones libres y, con ello, posiblemente el efecto de AINEs, glisentida y warfarina. Puede ser necesario ajustar la dosis de estos fármacos si se administran conjuntamente con triflusal. En pacientes con infarto agudo de miocardio se evaluó la seguridad de la administración concomitante de triflusal con agentes trombolíticos (rt-PA y estreptoquinasa). La incidencia de hemorragia intracraneal fue menor que en pacientes tratados con una combinación de AAS y agentes trombolíticos (0,1% vs. 1,1%; p= 0,04). Embarazo y lactancia. No existen datos clínicos acerca de exposiciones a triflusal durante el embarazo. Los estudios en animales no indican efectos nocivos directos o indirectos con relación al embarazo, el desarrollo del embrión/feto, el parto ni el desarrollo postnatal. Por lo tanto, deberá valorarse el beneficio/riesgo cuando se administre a mujeres embarazadas. No se conoce si triflusal se excreta en la leche. Por lo tanto, deberá valorarse el beneficio/riesgo cuando se administre en el periodo de lactancia. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. No se han descrito efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. Reacciones adversas. Las reacciones adversas que han sido notificadas como más frecuentes afectan al aparato digestivo y suelen desaparecer al cabo de pocos días incluso sin suspender el tratamiento. Las reacciones adversas ordenadas por sistemas y frecuencias fueron las siguientes: Muy frecuente (≥1/10), frecuente (≥1/100, <1/10), poco frecuente (≥1/1.000, <1/100), raramente (≥1/10.000, <1/1.000), muy raramente (<1/10.000), informes aislados. Piel y anejos: Poco frecuente: prurito / erupción cutánea. Sistema nervioso central y periférico: Frecuente: cefalea. Poco frecuente: confusión / vértigo / mareo / convulsiones. Audición y vestibular: Poco frecuente: acúfenos / hipoacusia. Otros sentidos: Poco frecuente: Alteración del gusto. Aparato digestivo: Muy frecuente: dispepsia. Frecuente: dolor abdominal / náuseas / estreñimiento / vómitos / flatulencia / anorexia. Poco frecuente: diarrea / hemorragia gastrointestinal / melenas / rectorragia. Cardiovasculares, general: Poco frecuente: hipertensión. Cardiovasculares, alteraciones vasculares extracardíacas: Poco frecuente: accidente isquémico transitorio / hemorragia cerebral. Respiratorias: Poco frecuente: disnea / infección respiratoria alta. Hematológicas, serie roja: Poco frecuente: anemia. Hematológicas, plaquetas y coagulación: Poco frecuente: epistaxis / hematoma / púrpura / hemorragia gingival. Aparato urinario: Poco frecuente: hematuria / infección de las vías urinarias. Generales: Poco frecuente: abdomen distendido / fiebre / síntomas de gripe. Se han descrito algunos casos aislados de reacción de fotosensibilidad. Sobredosis. No se han descrito casos de sobredosis. En caso de sobredosis accidental, que sólo puede producirse por la ingestión de dosis muy elevadas, pueden aparecer síntomas de intoxicación por salicilatos. En tal caso debe suspenderse la administración del medicamento y aplicarse un tratamiento sintomático así como las medidas de apoyo necesarias. **DATOS FARMACÉUTICOS**. Lista de excipientes. Disgren solución oral: Carbonato sódico anhidro, Aroma de menta, Glicirrizato de amonio, Agua purificada. Disgren cápsulas: No contiene excipientes excepto la gelatina de la cápsula y la tinta de impresión (óxido de hierro rojo, E-172). Incompatibilidades. No aplicable. Periodo de validez. Disgren solución oral: 36 meses. Disgren cápsulas: 4 años. Precauciones especiales de conservación. Disgren solución oral: Conservar por debajo de a 30 °C. Disgren cápsulas: No conservar a temperatura superior a 25 °C. Conservar en el embalaje original. Naturaleza y contenido del recipiente. Disgren solución oral: Envase unidosis formado por un frasco de polipropileno con 10 ml de disolvente y un tapón contenedor con percutor de color rojo con 600 mg de polvo. Caja de 30 envases unidosis. Disgren cápsulas: Blísters de aluminio/PVC-PVDC. Cajas de 30 y 50 cápsulas. Instrucciones de uso y manipulación. Disgren solución oral: Enroscar el tapón rojo hasta el final con ayuda de la pequeña llave de plástico incluida en el embalaje. Tras comprobar que el polvo del tapón ha caído en el líquido, agitar de forma enérgica durante un minuto aproximadamente. La solución obtenida debe ser transparente y de color amarillento. Este medicamento debe tomarse inmediatamente después de haber sido preparado. Disgren cápsulas: Ninguna especial. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN**. J. Uriach & Cía S.A. Av. Camí Reial 51-57. 08184 Palau-solità i Plegamans (Barcelona). **NÚMERO DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Disgren solución oral: 68135. Disgren cápsulas: 55295. **FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN / RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN**. Disgren solución oral: Noviembre 2006. Disgren cápsulas: Última renovación: Enero de 2006. **PRESENTACIÓN Y PVP IVA**. Disgren solución oral: Disgren 600 mg polvo y disolvente para solución oral. Caja de 30 envases unidosis. 18,16 euros. Disgren cápsulas: Disgren 300 mg cápsulas. Caja de 30 cápsulas:8,432 euros. Disgren 300 mg cápsulas. Caja de 50 cápsulas: 14,05 euros. **CONDICIONES DE PRESCRIPCION Y DISPENSACIÓN.** Con receta médica. Financiado por el Sistema Nacional de Salud con aportación normal. Con receta para tratamientos de larga duración (TLD). **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO**. Disgren solución oral: Noviembre 2006. Disgren cápsulas: Febrero 2003.

(1) Fuentes B, Díez Tejedor E, Gil Núñez A, Gil Peralte A, Matías Guiu J, por el comité ad hoc del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la SEN. Guía para el tratamiento preventivo de la isquemia cerebral. En: Díez Tejedor E, ed.: Guías Oficiales de la Sociedad Española de Neurología N° 3. Guía para el diagnóstico y tratamiento del ictus. Barcelona. Prous Science. 2006; 133-83.

10-09-DIS-URI-08-62

Grupo Uriach Pharma