

Miércoles 27 de mayo

PANELES (11:00h – 11:30h)

11:00 - 11:05

77 Reparación endovascular de la coartación aórtica de un adulto mediante stent aórtico balón-expandible: una estrategia técnica basada en las particularidades de un caso clínico.

Pablo Javier Salvaré Heikel¹, Kerbi Alejandro Guevara Noriega^{1,2}, Javier Ramirez Ruiz¹, Raquel Chavez Abiega¹, Oriol Demestre I Garcia¹, Maria Teresa Solanich Valldaura¹

1. Consorci Sanitari Parc Tauli, Sabadell, España
2. Hospital Universitari de Mataro, Mataro, España

Sección **Panel de casos clínicos: menos de tres casos**

Objetivos

La coartación de la aorta (CoAo) en el adulto puede permanecer clínicamente silente gracias al desarrollo de circulación colateral; sin embargo, la hipertensión proximal persistente se asocia a un mayor riesgo neurológico y aórtico. El objetivo es describir una estrategia endovascular individualizada para el tratamiento de la CoAo en el adulto, destacando la interpretación hemodinámica, la valoración del riesgo y las decisiones técnicas orientadas a minimizar complicaciones mayores.

Material

Paciente adulto de 51 años con antecedentes de hipertensión arterial de difícil control, dislipemia, hiperuricemia y antecedente de ictus hemorrágico secundario a rotura de aneurisma intracraneal. En el contexto de hipertensión persistente se diagnosticó coartación de la aorta torácica. Dado el elevado riesgo neurológico y aórtico, se indicó tratamiento endovascular.

Metodología

Se realizó reparación endovascular bajo control ecocardiográfico transesofágico. Se implantó un stent aórtico balón-expandible BeGraft® de 18×40 mm, con flare proximal y distal (22/20 mm), en una aorta de 24 mm de diámetro. Se evitó de forma deliberada la expansión completa hasta el diámetro teórico del vaso, con el objetivo de reducir el riesgo de rotura aórtica y disección retrógrada, priorizando la reducción del gradiente hemodinámico frente a la normalización anatómica completa.

Resultados

El gradiente invasivo disminuyó de 25 mmHg a 5 mmHg tras el procedimiento. El gradiente ecocardiográfico descendió de 40 mmHg a 9 mmHg. Se objetivó mejoría de los índices tobillo-brazo en el seguimiento al mes. No se registraron complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias precoces.

Conclusiones

La reparación endovascular de la coartación aórtica en el adulto mediante stent aórtico balón-expandible permite obtener excelentes resultados hemodinámicos y clínicos precoces. La valoración individualizada del riesgo neurológico y de disección/ruptura aórtica (en lesiones crónicas), junto con una estrategia técnica prudente que evite la sobreexpansión agresiva, resulta clave para optimizar la seguridad del procedimiento. La integración de datos anatómicos, hemodinámicos y clínicos es esencial para el manejo eficaz de la CoAo en el adulto.

11:05 - 11:10

174 Uso intraoperatorio de ecografía intravascular en el manejo quirúrgico de una fístula arteriovenosa poplítea secundaria a artroplastia total de rodilla: caso clínico y revisión de la literatura.

Angel Galindo Cordero, Sofia Hernandez Perez, Lia Postius Echeverri, Marcela Patricia Acosta Silva, Serguei De Varona Frolov, Guido Volo Pérez

Hospital Universitario Gran Canaria Dr Negrin, Las Palmas De Gran Canaria, España

Sección **Panel de casos clínicos: menos de tres casos**

Objetivos

Presentar el manejo quirúrgico de una fístula arteriovenosa (FAV) poplítea secundaria a artroplastia total de rodilla en la que la ecografía intravascular (IVUS) se empleó como herramienta intraoperatoria para delimitar con precisión la zona de comunicación arteriovenosa, y analizar el papel potencial de IVUS en la cirugía vascular periférica compleja.

Material

Varón de 46 años, fumador, con antecedentes de hernia de hiato y microadenoma hipofisario, remitido por FAV poplítea tras artroplastia total de rodilla derecha realizada en otro centro. Presentaba dolor, edema crónico, varices laterales y frémito palpable en fosa poplítea. El eco-Doppler, la angio-TC y la arteriografía selectiva confirmaron la FAV poplítea, pero la identificación exacta de la zona de comunicación se veía limitada por artefactos protésicos (imágenes 1, 2 y 3).

Metodología

La heterogeneidad de diámetros entre el tercer segmento de la arteria poplítea (7,9 mm) y la arteria tibial anterior (3,8 mm) desaconsejó el tratamiento endovascular por falta de un segmento adecuado de anclaje. Se planificó un abordaje abierto guiado por IVUS, avanzando el catéter a lo largo del eje poplíteo-tibial.

Resultados

La IVUS permitió caracterizar en tiempo real la morfología del segmento afecto, localizar la zona de comunicación arteriovenosa y medir con precisión los diámetros arteriales, facilitando una exposición más limitada y dirigida. Se realizó ligadura selectiva de las venas tibiales anteriores en el nivel de la FAV, preservando los ejes arteriales principales. La oclusión de la fístula se confirmó por desaparición del frémito venoso poplíteo y mantenimiento del pulso pedio. El postoperatorio fue favorable, con alta a las 48 horas y resolución completa de los síntomas al mes.

Conclusiones

La IVUS intraoperatoria puede aportar un valor añadido en el tratamiento quirúrgico de FAV periféricas complejas, especialmente cuando los artefactos de material protésico limitan la utilidad de la imagen convencional. Su uso permite una localización más precisa, una disección menos extensa y potencialmente una reducción del tiempo quirúrgico y de las complicaciones. Se precisan series amplias para definir su impacto clínico y coste-efectividad.

11:10 - 11:15

157 Pseudoaneurisma carotídeo roto tras endarterectomía con parche protésico: cirugía de rescate en paciente oncohematológico.

Rolando Antonio Báez De La Rosa, Sofía García Bello, Cristina Serrallé Mallo, Elena Gallego Romero, Jose Luis Durán Mariño

Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España

Sección **Panel de casos clínicos: menos de tres casos**

Objetivos

Describir un caso excepcional de pseudoaneurisma carotídeo roto secundario a infección protésica tras endarterectomía carotídea, destacando la dificultad diagnóstica en un paciente oncohematológico y el manejo quirúrgico urgente con reconstrucción autóloga como estrategia de rescate vital.

Material

Varón de 60 años, exfumador e hipertenso, en seguimiento oncológico por linfoma cutáneo. Cuatro meses antes había sido intervenido mediante endarterectomía carotídea derecha con parche de Dacron por estenosis sintomática del 75% de arteria carótida interna tras ictus isquémico. Consultó por febrícula, malestar general y aumento progresivo de tumoración laterocervical derecha, inicialmente atribuida a progresión de su enfermedad neoplásica. Durante el ingreso en Hematología presentó deterioro clínico brusco.

Metodología

TC urgente evidenció pseudoaneurisma carotídeo derecho de 44×54×70mm con signos de rotura contenida y desplazamiento crítico de la vía aérea.

Se realizó cirugía emergente con resección completa del pseudoaneurisma y retirada del material protésico infectado. Se efectuó reconstrucción mediante interposición de vena yugular anterior entre carótida común y carótida interna, asociando ligadura de carótida externa.

Resultados

Se consiguió éxito técnico con restablecimiento del flujo carotídeo y control hemorrágico. El cultivo del parche aisló *Staphylococcus aureus*. El postoperatorio inmediato cursó sin complicaciones vasculares ni nuevo déficit neurológico.

Conclusiones

El pseudoaneurisma carotídeo infeccioso tras endarterectomía es una complicación infrecuente pero devastadora. En pacientes oncohematológicos puede presentarse como masa cervical simulando progresión tumoral, retrasando el diagnóstico.

La sospecha precoz es primordial y la resección completa del material protésico con reconstrucción venosa autóloga constituye una estrategia eficaz en escenarios de extrema gravedad.

11:15 - 11:20

134 Fevar in fevar

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

Sección **Panel de casos clínicos: menos de tres casos**

Objetivos

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

Material

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

Metodología

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

Mediante acceso percutáneo femoral bilateral y disección axilar izquierda, se embolizaron ambas arterias renales con AVP de 8 mm. Posteriormente se implantó la endoprótesis a medida utilizando un introductor deflectable Tourguide 7Fr para cateterizar la fenestración visceral así como la AMS a través de los stents previos y se implantó un stent balón expandible 8x39 mm. La rama para el TC se cateterizó vía axilar izquierda y se implantó un stent balón expandible de 11x59 mm.

Resultados

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

Conclusiones

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

11:20 - 11:25

163 Agenesia de vena cava inferior asociada a enfermedad de behçet y trombosis venosa profunda de repetición: a propósito de un caso.

Carlos Hernandez Obando, Rodrigo Fernández González, Esther Castillo Mañas, David Vargas Larriva, Marta González Fernandes, Jose Raul García Casas
Complejo Hospitalario de Pontevedra, Pontevedra, España

Sección Panel de casos clínicos: menos de tres casos

Objetivos

Presentar el caso de un varón de 51 años con agenesia de vena cava inferior (VCI), enfermedad de Behçet y trombofilia por Factor V Leiden heterocigoto, que desarrolló trombosis venosa profunda (TVP) recurrente en miembro inferior derecho. Se destaca el manejo conservador exitoso de esta compleja asociación de patologías.

Material

Varón de 51 años, sin hábitos tóxicos, con antecedentes de Enfermedad de Behçet, trombofilia por Factor V Leiden heterocigoto y agenesia de vena cava inferior confirmada por TC. Presentaba múltiples episodios de trombosis venosa profunda en miembro inferior derecho desde 2006.

Metodología

Se instauró manejo conservador con anticoagulación crónica (acenocumarol), compresión elástica estricta y presoterapia. Se realizaron procedimientos selectivos mínimamente invasivos sobre el sistema venoso superficial (esclerosis dirigida, mini-flebectomía y cirugía conservadora tipo CHIVA).

El seguimiento incluyó controles clínicos, ecodoppler seriado y TC de control para valoración anatómica y hemodinámica.

Resultados

Tras varios años de seguimiento, el paciente se mantiene clínicamente estable. No presenta úlceras en miembros inferiores ni episodios de varicorragia. Los controles ecodoppler seriados confirman permeabilidad y compresibilidad del sistema venoso profundo, sin nuevos episodios de TVP. La TC de control evidencia persistencia de la agenesia de VCI con prominencia de venas ilíacas externas y abundante circulación colateral estable a través del sistema álgigos/hemiálgigos y venas lumbares. La exploración física objetiva dermatitis ocre crónica en miembro inferior derecho sin zonas de alto riesgo hemorrágico.

Conclusiones

La agenesia de VCI es una causa infrecuente pero relevante de TVP recurrente en adultos jóvenes, especialmente cuando coexiste trombofilia hereditaria y enfermedad inflamatoria sistémica. La combinación de anticoagulación prolongada, compresión elástica estricta y tratamiento selectivo mínimamente invasivo de varices permite controlar la sintomatología, prevenir la ulceración y reducir el riesgo de nuevos eventos trombóticos. Este caso subraya la importancia de identificar anomalías congénitas del retorno venoso en pacientes con TVP recurrente para optimizar el manejo conservador a largo plazo y evitar procedimientos agresivos sobre un sistema venoso alterado.

11:25 - 11:30

246 Trombosis de arteria ciática persistente aneurismática como causa infrecuente de isquemia de miembro inferior

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

Sección **Panel de casos clínicos: menos de tres casos**

Objetivos

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

Material

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

Metodología

Se presenta un caso clínico diagnosticado y tratado en nuestro centro, con revisión de la historia clínica, pruebas de imagen y evolución a 3 meses. Se realizó una revisión narrativa de la literatura, seleccionando artículos relevantes.

Resultados

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

Conclusiones

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

Miércoles 27 de mayo

PANELES (17:30h – 18:00h)

17:30 - 17:35

85 Lesiones de arteria axilar asociadas a fracturas de húmero proximal o luxaciones. revisión de casos en un hospital terciario.

Maria Mascaró Oliver, Marc López Rubio, Juan Luís Martínez Pérez, Carme Llorç Pont, Jan Martínez Lozano, Laura Calsina Juscafresa
Hospital del Mar, Barcelona, España

Sección Panel de casos clínicos: tres o más casos

Objetivos

Las lesiones de arteria axilar suponen un 5-10% de lesiones vasculares traumáticas. Pueden requerir abordajes complejos con una morbimortalidad del 5-39%. Los traumatismos de hombro (fracturas del cuello del húmero o luxaciones anteriores) son frecuentes, pero las lesiones arteriales secundarias aparecen en <1% de casos. Existen 3 tipos de lesión: (1)daño directo de pared arterial, (2)daño intimal y (3)lesión por avulsión de colaterales. La manifestación clínica habitual es hemorragia o isquemia aguda.

Presentamos 3 casos de lesión de arteria axilar asociados a fractura proximal de húmero y la estrategia terapéutica escogida en función de la lesión.

Material

Tres pacientes atendidos entre enero de 2024 y enero de 2026 con lesión traumática de arteria axilar secundaria a fractura/luxación de hombro.

Metodología

Caso 1: Mujer, 79 años, con fractura bifocal de húmero tras caída. Ausencia de pulsos tras reducción cerrada. AngioTC muestra disección focal de primera porción de arteria axilar con oclusión focal. Se implanta stent autoexpandible, recuperando pulsos inmediatamente.

Caso 2: Varón, 34 años, politraumatizado tras atropello, con fractura-luxación proximal de húmero y amputación abierta de antebrazo. AngioTC evidencia disección, sección parcial de arteria axilar y lesión por avulsión de arteria circunfleja con trombosis de arteria humeral. Se realiza reparación de la disección, trombectomía humeral y parche de pericardio bovino recuperando pulso humeral.

Caso 3: Mujer, 58 años, con antecedente de bypass subclavio-axilar con vena safena interna previo, atendida por luxación de prótesis humeral e isquemia aguda. Arteriografía con oclusión completa de arteria axilar con repermeabilización a nivel humeral. Se realiza bypass axilo-humeral con vena femoral superficial por ausencia de venas superficiales aptas.

Resultados

Los tres casos logran revascularización eficaz sin complicaciones. En el seguimiento, las técnicas permanecen permeables y en 2 casos existe déficit neurológico secundario a lesión de plexo braquial.

Conclusiones

La lesión axilar debe sospecharse ante ausencia de pulsos tras traumatismo de hombro, incluso tras reducción ortopédica. El tratamiento debe individualizarse: el abordaje endovascular es útil en lesiones cortas, mientras que la cirugía abierta y la reconstrucción son preferibles en lesiones complejas o crónicas. La coordinación multidisciplinar es clave para optimizar resultados.

17:35 - 17:40

201 Revascularización híbrida aortoiliaca con disposición extravascular de stent recubierto

Belén Medrano De Pedro, Juan Pena Holguín, Milvia García López, Cristina Sierra Freire, Jorge Fernández Noya

Hospital Universitario de A Coruña, A Coruña, España

Sección **Panel de casos clínicos: menos de tres casos**

Objetivos

Presentar un caso de tratamiento híbrido de enfermedad aortoiliaca y femoral bilateral en el que un stent recubierto quedó implantado fuera del trayecto anatómico de la arteria iliaca externa.

Material

Paciente varón de 62 años con claudicación intermitente bilateral a 50 metros, de predominio en miembro inferior derecho, diagnosticado de enfermedad arterial oclusiva multisegmentaria aortoiliaca y femoral. Se indica tratamiento mediante estrategia híbrida en un solo tiempo quirúrgico.

Metodología

Se realiza tromboendarterectomía (TEA) femoral derecha con parche de pericardio bovino asociada a recanalización iliaca bilateral.

En el eje derecho se implanta stent balón-expandible VBX 9x59 mm en iliaca común y se completa con endoprótesis recubiertas tipo Viabahn (dos dispositivos de 8x10 cm) desde segmento proximal previo a la salida de la arteria hipogástrica hasta iliaca externa distal, anastomosando funcionalmente con el parche femoral.

En el eje izquierdo se implanta VBX 9x59 mm en iliaca común y Viabahn de 7x7,5 cm en iliaca externa hasta cabeza femoral.

De forma llamativa, el Viabahn del eje derecho adoptó un trayecto extravascular respecto a la iliaca externa nativa, pero manteniendo adecuada luz, flujo distal y sellado proximal y distal. Se instauró doble antiagregación plaquetaria.

Resultados

No se registraron complicaciones intraoperatorias inmediatas. En la revisión de dos meses después el paciente presentaba pulsos femorales y poplíteos positivos bilateralmente, con marcada mejoría clínica y desaparición de la claudicación limitante. La evolución clínica fue favorable a corto plazo.

Conclusiones

El abordaje híbrido permite tratar de forma eficaz la enfermedad aortoiliaca multisegmentaria. La disposición extravascular no intencionada de un stent recubierto presenta buen resultado clínico inicial. Este caso ilustra una situación técnica inusual y subraya la importancia del control intraoperatorio y del seguimiento estrecho en escenarios anatómicos complejos.

17:40 - 17:45

136 Úlcera aórtica penetrante y hemoptisis: sospecha de fístula aortobronquial tratada mediante reparación endovascular torácica

Arturo Ferreiro-Mazón García-Plata, Fernando Benito Mira, Alicia Fernández Pérez, Luis Ángel Suárez González, Andrés Álvarez Salgado, Manuel Javier Vallina-Victorero Vázquez
Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, España

Sección **Panel de casos clínicos: menos de tres casos**

Objetivos

La fístula aortobronquial es una entidad infrecuente pero potencialmente mortal, caracterizada por la comunicación anómala entre la aorta torácica y el árbol bronquial, cuya manifestación clínica más habitual es la hemoptisis.

Analizamos el caso de un paciente con episodio de hemoptisis franca y hallazgo de úlcera aórtica penetrante, tratado mediante endoprótesis torácica (TEVAR).

Material

Varón de 60 años, sin hábitos tóxicos, con antecedente de rotura traumática de aorta toraco-abdominal intervenida hace más de 20 años mediante interposición de injerto de 20 mm. Además, antecedente reciente de bronquiectasias cilíndricas con episodios de hemoptisis. Acude a Urgencias por hemoptisis franca, siendo ingresado para estudio.

Metodología

Durante el ingreso en Neumología se realizó broncoscopia sin hallazgos de sangrado activo ni lesiones endobronquiales. Se completó el estudio con angio-TC de aorta, identificándose una úlcera aórtica penetrante asociada a una lesión de partes blandas nodular, adyacente a la aorta torácica descendente y en contacto con un bronquio del segmento apical del lóbulo inferior izquierdo. Dada la clínica y los hallazgos radiológicos, y ante la sospecha de fístula aortobronquial, se indicó tratamiento urgente mediante reparación endovascular torácica, utilizando ecografía intravascular (IVUS) para una correcta localización de la úlcera y del hematoma mural.

Resultados

El procedimiento se completó con éxito y sin complicaciones intraoperatorias, comprobándose la correcta aposición de la endoprótesis y la exclusión de la úlcera penetrante mediante angiografía e IVUS.

Los TCs de control postoperatorios evidenciaron una disminución del tamaño de la lesión de partes blandas adyacente a la aorta. El paciente no volvió a presentar nuevos episodios de hemoptisis franca.

Conclusiones

La fístula aorto-bronquial, aunque infrecuente, debe considerarse ante un cuadro de hemoptisis con alta sospecha clínica y radiológica de patología aórtica. La reparación endovascular urgente constituye una opción terapéutica segura y eficaz, permitiendo excluir la lesión y controlar el sangrado.

17:45 - 17:50

113 Claudicación neurógena secundaria a síndrome de leriche crónico

Juan Luis Martínez Perez, Meritxell Mellado Joan, Angel Javier Ois Santiago, Sara Ibañez Pallares, Laura Calsina Juscafresa
Hospital del Mar, Barcelona, España

Sección **Panel de casos clínicos: menos de tres casos**

Objetivos

La oclusión aórtica terminal constituye una entidad poco frecuente en la actualidad. Su presentación clásica incluye claudicación, disfunción eréctil y ausencia de pulsos femorales. La afectación neurológica es excepcional y, cuando se describe, ocurre casi exclusivamente en el contexto de oclusiones aórticas agudas, manifestándose como paraparesia o paraplejía de instauración brusca. No existen descripciones de isquemia medular crónica secundaria a oclusión aórtica terminal.

Material

Paciente mujer de 60 años, exfumadora y con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia y espondilitis. Consulta por clínica de 2 años de evolución inducida por el esfuerzo en forma de parestesias glúteas con progresión proximal-distal en miembros inferiores, entumecimiento global de tren inferior, debilidad bilateral progresiva con algún episodio de pérdida de fuerza y más recientemente episodios de incontinencia urinaria. Asintomática en reposo, con limitación funcional severa y abandono progresivo de la actividad física.

Metodología

La exploración mostró, más allá de una ausencia de pulsos, atrofia muscular sin déficit motor focal relevante, hipoestesia táctil con alodinia, abolición de sensibilidad vibratoria distal, sensibilidad profunda conservada, hiperreflexia en extremidad inferior izquierda y con reflejo cutáneo plantar flexor bilateral. EMG previo normal y RM lumbar sin estenosis significativas ni correlación clínica suficiente. Ante la relación con el esfuerzo se sospechó origen vascular. La ecografía Doppler y el angio-TC evidenciaron oclusión completa de la aorta abdominal terminal con extensa circulación colateral femoral.

Resultados

Se realizó bypass aorto-bifemoral estándar junto a trombectomía de aorta terminal, por debajo de la anastomosis proximal. A lo largo del postoperatorio, presentó resolución progresiva de la clínica neurológica. Al año de la cirugía, la paciente realiza hasta 12.000 pasos diarios, sin debilidad ni alteraciones esfinterianas, persistiendo únicamente leve atrofia muscular residual.

Conclusiones

La isquemia medular crónica constituye una presentación clínica excepcional de la oclusión aórtica terminal. Su resolución tras la revascularización confirma el origen isquémico y su reversibilidad, ampliando el espectro clínico del síndrome de Leriche y la importancia de su correcto diagnóstico.

17:50 - 17:55

230 Síndrome de may-thurner como causa infradiagnosticada de síndrome postrombótico: serie de casos y resultados tras intervencionismo endovascular

Maria José Paredes Ruíz, Ángel Galindo Cordero, Elena Déniz Hernández, Agustín Medina Falcón, Efrén Martel Almeida, Guido Volo Pérez
Hospital Universitario Doctor Negrín, Las Palmas De Gran Canaria, España
Sección **Panel de casos clínicos: tres o más casos**

Objetivos

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

Material

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

Metodología

El diagnóstico de SMT se estableció en quirófano mediante Flebografía y Ultrasonografía Intravascular (IVUS), objetivándose estenosis significativa (>50%) de la Vena Ilíaca Común Izquierda (VICI) en la zona de compresión por la Arteria Ilíaca Común Derecha. En el mismo acto quirúrgico se realizó recanalización, angioplastia y colocación de stent venoso autoexpandible. Se evaluaron síntomas a la semana, al mes y a los 6 meses tras la intervención.

Resultados

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

Conclusiones

El estudio intraoperatorio mediante flebografía e IVUS en casos de sospecha de SMT permitió confirmar la presencia de obstrucción hemodinámicamente significativa de la VICI en el 60% de pacientes, así como descartarlo en el 40%.

De los casos tratados, en el 66% el abordaje endovascular se asoció con una mejoría clínica relevante, objetivada mediante una reducción de la puntuación en la Escala Villalta durante el seguimiento.

Los resultados respaldan el papel del algoritmo diagnóstico invasivo en pacientes seleccionados y apoyan la necesidad de una mayor sospecha diagnóstica de SMT, dado que puede tratarse de una entidad infradiagnosticada en la práctica clínica.

17:55 - 18:00

137 Más allá del explante: manejo quirúrgico avanzado de la infección aórtica recurrente.

María Sánchez-Cantalejo Ferrer, Manuela María Hernández Mateo, Sofía De La Serna Esteban, Rocío Garralda Díaz De Lope Díaz, Francisco Álvarez Herrero, Isaac Martínez López
Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

Sección **Panel de casos clínicos: menos de tres casos**

Objetivos

La infección aórtica es una entidad infrecuente, aunque potencialmente mortal. El objetivo es presentar el manejo de un caso complejo, destacando la necesidad de individualizar la estrategia terapéutica y la importancia del abordaje multidisciplinar.

Material

Paciente de 78 años con antecedente de bypass aortobiilíaco con Dacron plata por aneurisma de aorta abdominal en 2017. En 2023 ingresa por fiebre sin foco, objetivándose en angio-TAC signos de infección protésica (aumento de partes blandas, colección y gas periprotésico). Se realiza explante del bypass previo, ligadura de aorta infrarrenal y reconstrucción extraanatómica mediante bypass axilobifemoral. Recibe antibioterapia empírica seis semanas con daptomicina y meropenem, con cultivos intraoperatorios negativos.

En 2025 presenta nuevo episodio de fiebre sin foco, mal estado general, anemización e hipotensión brusca. El angio-TAC muestra rotura contenida del muñón aórtico con sospecha de fístula aortoentérica, activándose código aorta y traslado urgente a nuestro centro.

Metodología

En conjunto con Cirugía General (CGD) se planifica la intervención quirúrgica urgente, decidiéndose resección de muñón aórtico, ligadura de aorta inframesentérica y bypass hepato-renal. Para ello se realizaron las maniobras de Cattell-Braasch y de Kocher para exposición de arteria hepática. Bypass hepato-renal derecho con vena safena interna invertida desde arteria hepática común (TL) a renal derecha (ARD) en el hilio renal (TT). Acceso a aorta perirrenal, ligadura de VRI, resección de muñón aórtico previo, drenaje de colección periaórtica y ligadura de la aorta inmediatamente distal a arteria mesentérica superior. Finalmente, se confirma perforación a nivel de duodeno con reparación primaria. Epiploplastia para cobertura de nuevo muñón aórtico y duodeno.

Resultados

Se inicia antibioterapia empírica con meropenem, daptomicina y caspofungina, desescalándose a meropenem tras aislarse Burkholderia Cepacia y Enterococcus Faecalis en los cultivos intraoperatorios. El angioTAC de control muestra bypass permeable, sin defectos anastomóticos y correcta ligadura aórtica. Al alta se pauta antibioterapia de forma indefinida. Al año de seguimiento, el paciente permanece asintomático y con función renal conservada (Cr 1,1g/dL y FG 63ml/min).

Conclusiones

La infección aórtica requiere un manejo individualizado, con tratamiento antibiótico prolongado y un abordaje multidisciplinar en centros de alta experiencia, dada su elevada complejidad y morbimortalidad.

Miscelánea

18:00 - 18:05

60 Actitud terapéutica ante lesiones contenidas de vena cava inferior en politraumatismos

Manuel Santiago Elías, Marina Ansuategui Vicente, Fausto René Romero Sarmiento, Víctor Martínez Vales, Alba Najera Fernandez, José Antonio Gonzalez Fajardo
Hospital 12 de Octubre, Madrid, España

Sección **Panel de casos clínicos: menos de tres casos**

Objetivos

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

Material

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

Caso 1: Herida por arma de fuego periumbilical derecha. AngioTC: hematoma retroperitoneal con proyectil alojado en platillo inferior de L4, en contacto con VCI. Hemodinámicamente estable (TA 130/60 mmHg, FC 60 lpm). Hemoglobina 14,8 g/dL.

Caso 2: Herida por arma blanca en mesogastrio tras intento autolítico. AngioTC: perforación ileal con sangrado activo, laceración de VCI con hematoma retroperitoneal contenido y sangrado de arteria lumbar. Hemodinámicamente estable (TA 136/67 mmHg, FC 94 lpm). Hemoglobina 13,8 g/dL.

Metodología

Ambos pacientes fueron intervenidos mediante laparotomía media exploradora urgente con participación de Cirugía General y Cirugía Vasculat.

Caso 1: Exploración sistemática sin hallazgos de sangrado activo. Hematoma retroperitoneal estable. Decisión multidisciplinar (Cirugía Vasculat-Cirugía General) de actitud conservadora dado el riesgo de sangrado masivo por movilización del proyectil.

Caso 2: Resección y anastomosis ileal. Hematoma retroperitoneal yuxtacava sin sangrado activo. Abordaje de VCI desestimado por estabilidad hemodinámica y alto riesgo quirúrgico.

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

Resultados

Evolución postoperatoria satisfactoria en ambos casos.

Estancia hospitalaria: 7 y 5 días respectivamente.

AngioTC de control: estabilidad del hematoma retroperitoneal, ausencia de pseudoaneurismas, fístulas arteriovenosas o trombosis de VCI.

Seguimiento medio: 6 meses, sin complicaciones vasculares diferidas. Proyectil del caso 1 integrado en cuerpo vertebral sin migración, no recomendándose por parte de Neurocirugía retirada del proyectil.

Conclusiones

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

71 Congreso **SEACVE** · 26 - 29 Mayo 2026 · **Sitges**

Jueves 28 de mayo

PANELES (08:00h – 09:00h)

08:00 - 08:05

21 Comparación del calibre ecográfico preoperatorio y del calibre intraoperatorio de la vena safena interna utilizada como injerto

María Gutiérrez Fernández De Velasco, Xabier Cabezuelo Adame, June Fernández Fernández, Guillem Santiago Furtet Rodrigo, Roberto Ney Diaz, Melina Vega De Ceniga
Hospital Galdakao Usansolo, Galdakao, España

Sección **Panel de casos clínicos: tres o más casos**

Objetivos

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

Material

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

Metodología

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

Resultados

Se incluyeron 26 pacientes: 13 (50%) bypass femoro-poplíteos, 7 (27%) femoro-tibiales y 6 (23%) ultradistales.

Los diámetros ecográficos en la rodilla de las VSI utilizadas para bypass femoro-poplíteo fueron de 2,5-7,5 mm. Las VSI de 2,5-2,9 mm (n=3) y ≥ 3 mm (n=10) tuvieron calibre intraoperatorios de 3-3,5 mm y 3-7,5 mm respectivamente.

Los diámetros ecográficos en el tercio medio-distal de pierna de las VSI utilizadas para bypass femoro-tibial fueron de 2,5-4,5 mm. Las VSI de 2,5-2,9 mm (n=3) y aquellas ≥ 3 mm (n=4) tuvieron calibre intraoperatorios de 3-3,5 mm y 4-4,5 mm respectivamente.

Los diámetros ecográficos distales de las VSI utilizadas para bypass ultradistal fueron de 2,5-4,5 mm. Las VSI de 2,5-2,9 mm (n=3) y aquellas ≥ 3 mm (n=3) tuvieron calibre intraoperatorios de 3-4 mm y 3,5-4,5 mm respectivamente.

Un bypass femoro-poplíteo (3.8%) se trombosó en el postoperatorio inmediato. Tres bypasses (11.5%), 1 femoropoplíteo, 1 femorotibial y 1 ultradistal; requirieron reintervención en el primer año por estenosis en la anastomosis distal.

Conclusiones

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

08:05 - 08:10

72 Triple rama retrógrada en zona 0: experiencia inicial en España

Rocio Garralda Diaz De Lope-Díaz¹, Manuel Hernando Rydings¹, Francisco Álvarez Herrero¹, Claudia Aramendi Arieta- Araunabeña², Ricardo Asensio Garcia², Isaac Martínez López¹

1. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España
2. Hospital Universitario Basurto, Bilbao, España

Sección Panel de casos clínicos: tres o más casos

Objetivos

Desde la primera serie publicada del tratamiento endovascular del arco aórtico en 1999, la tecnología de los dispositivos y la técnica quirúrgica han evolucionado sustancialmente, desarrollando opciones que reducen al máximo la manipulación del arco y de los troncos supra-aórticos en el tratamiento endovascular de la zona 0. Nuestro objetivo es presentar la experiencia inicial en nuestro país con la prótesis de triple rama retrógrada del arco aórtico (Cook Medical, Brisbane, Australia).

Material

Desde Febrero 2025 se han tratado 5 pacientes en 2 centros terciarios a nivel Nacional (4 aneurismas degenerativos y 1 post-disección tipo A). 3 pacientes habían tenido una sustitución de aorta ascendente previa.

Metodología

En todos ellos se utilizaron, tan sólo, un acceso femoral y radial percutáneos, desde donde se liberó la endoprótesis y se implantaron los stents puente para los troncos supra-aórticos. Se utilizó técnica MUVIT en 2 casos y rapid-pacing en los restantes para reducir output cardiaco.

Resultados

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

Conclusiones

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

08:10 - 08:15

95 Endoprótesis modificadas por el médico (pmeg): experiencia y resultados en nuestro centro

Raquel Chavez Abiega, Kerbi Alejandro Guevara Noriega, Diego Enrique Sisa Elizeche, Maria Marçet Recolons, Javier Ramirez Ruiz, Maria Teresa Solanich Valldaura
Hospital Universitario Parc Tauli, Sabadell, España

Sección Panel de casos clínicos: tres o más casos

Objetivos

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

Material

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

Metodología

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

Resultados

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

Conclusiones

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

08:15 - 08:20

10 Técnica roadside para embolización transprotésica en paciente con fístula aorto-duodenal y endofuga tipo II

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

Sección Panel de casos clínicos: menos de tres casos

Objetivos

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

Material

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

Metodología

Se realizó angio-TC urgente que identificó endofuga tipo II por arterias ilio-lumbares como origen del sangrado hacia el tracto digestivo. Debido a la fragilidad del paciente, se desestima cirugía abierta y se opta por tratamiento endovascular.

Resultados

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

Conclusiones

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

08:20 - 08:25

53 T-branch de bajo perfil y despliegue semisecuencia: ¿siguen existiendo limitaciones anatómicas con dispositivos off-the-shelf?

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

Sección Panel de casos clínicos: menos de tres casos

Objetivos

La endoprótesis off-the-shelf T-Branch (Cook Medical.Brisbane.Australia) permite el tratamiento de aneurismas que no pueden esperar a una endoprótesis a medida, teniendo como principal desventaja su perfil y cobertura aórtica. Por ello, se ha desarrollado una T-Branch de bajo perfil (18Fr) con, tan sólo, 2 stents de sellado proximales.

Presentamos el caso de una paciente con aneurisma pararenal sintomático, con lumen aórtico visceral de 19mm.

Material

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

Metodología

Se decide intervención quirúrgica en las primeras 24h mediante punción femoral derecha y axilar izquierda. Se implanta T-Branch de bajo perfil mediante despliegue semisecuencia hasta la rama de arteria mesentérica superior con stenting con VBX de arterias viscerales. Despliegue hasta ramas de arterias renales donde se utiliza técnica híbrida (VBX y Viabahn). Para lograr el sellado infrarrenal evitando la bifurcación aórtica estrecha y tortuosidad iliaca severa se modifica una pata excluder de Gore de 20 mm montándola de forma invertida sobre un balón de 4x150 0.018" logrando que la campana de 20 mm selle en la T-Branch de bajo perfil y el segmento proximal de 16mm en la aorta infrarrenal.

Resultados

Extubación en las primeras 24h sin datos de isquemia medular. Atelectasia bipulmonar que mejora con ventilación no invasiva. AngioTAC de control con permeabilidad de endoprótesis y de ramas, endofuga tipo 2 dependiente de lumbares. Dada de alta en situación basal.

Conclusiones

La nueva versión de la endoprótesis T-Branch de bajo perfil junto con la adaptación del despliegue semisecuencia permite reducir la cobertura aórtica, tratar a pacientes con accesos hostiles y con lumen estrecho de la aorta visceral, ampliando de esta forma la aplicabilidad de esta endoprótesis en casos urgentes. La modificación de ramas iliacas puede ser una herramienta sencilla que puede ser interesante en situaciones determinadas.

08:25 - 08:30

138 Rescate trombosis de stents viscerales tras el tratamiento de aorta compleja, una complicación tiempo-dependiente.

Joan Francisco Roedan Oliver, Alvaro Revilla Calavia, Sergio Asensio Rodriguez, Sandra Perez Fernandez, Enrique M. San Norberto Garcia, M^a Lourdes Del Rio Sola
Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

Sección Panel de casos clínicos: tres o más casos

Objetivos

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

Material

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

Metodología

El abordaje de elección fue la arteria humeral izquierda (3 abiertos, 1 percutáneo). Mediante introductor 6F, navegación hidrofílica y cateterismo selectivo (BER II), con posterior recambio a guía Rosen 0.035". Tras el intercambio por un introductor largo, se procedió a la trombectomía mecánica farmacomecánica mediante sistema AngioJet™ ZelanteDVT™. El procedimiento finalizó tras la confirmación angiográfica de la permeabilidad del stent y la resolución del defecto de repleción en 3 de los casos, y en 1 de ellos precisó relining de stent de mesentérica superior y tronco celíaco.

Resultados

Se alcanzó un éxito técnico del 100% con una estancia media de $7,0 \pm 4,69$ días. No se registraron complicaciones postoperatorias ni isquemia intestinal. El 80% de los pacientes presentó un pico transitorio de creatinina al tercer día, con resolución espontánea y sin necesidad de terapia de reemplazo renal. El control por imagen a los 30 días (Eco-Doppler/Angio-TC) confirmó la permeabilidad de los stents en la totalidad de la muestra. Tras un seguimiento medio de 10 ± 3 meses, la tasa de retrombosis fue del 0%.

Conclusiones

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

08:30 - 08:35

205 Sistema de perfusión renal para preservación y transporte del injerto en trasplante renal: indicaciones y experiencia inicial.

Marina Zalve Vicedo, Patricia Ramírez Gonzalez, Sara Morales Gisbert, Amaia Echaide Artieda, Paloma Gonzalez Rodriguez, Francisco Gómez Palones
Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España

Sección Panel de casos clínicos: tres o más casos

Objetivos

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

Material

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

Metodología

El dispositivo realiza una perfusión pulsátil del injerto permitiendo una preservación dinámica frente al almacenamiento estático convencional. Durante el periodo de isquemia fría, proporciona información sobre el comportamiento vascular (resistencia, presión, flujo), además de avisos ante fugas u otras complicaciones. Se realiza una canulación de la arteria renal por donde se introduce el fluido que posteriormente sale por la vena renal, reintroduciéndose en el circuito. Su uso se indicó en injertos procedentes de donantes mayores de 60 años, en asistolia controlada, y con tiempos de isquemia fría estimados prolongados. Se utilizaron nueve injertos renales que cumplían dichas condiciones.

Resultados

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

Conclusiones

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

08:35 - 08:40

242 Aneurisma postdisección gigante con erosión vertebral: uso de la septotomía en la reparación endovascular toracoabdominal completa previo a la fijación de columna

Álvaro Salinas Cánovas, Xavier Faner Capó, Iván Constenla García, Diego Juárez Enríquez, Lluna Viñas Valls, Sergi Bellmunt Montoya

Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España

Sección **Panel de casos clínicos: menos de tres casos**

Objetivos

Los aneurismas toracoabdominales postdisección suponen un reto tanto para la reparación abierta como endovascular, especialmente en escenarios urgentes. Cuando son sintomáticos y de gran tamaño, pueden presentarse con cuadros clínicos compresivos que requieran la colaboración de varios equipos quirúrgicos para su resolución. En los últimos años, la septotomía se ha consolidado como técnica para crear landing zones en disecciones con afectación visceral y necesidad de extensión hasta aorta infrarrenal.

El objetivo de este estudio es presentar un caso extremo de aneurisma toracoabdominal postdisección con erosión vertebral tratado mediante técnicas endovasculares avanzadas y colaboración multidisciplinar.

Material

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

Metodología

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

Resultados

Se realizó septotomía desde la aorta torácica descendente hasta la bifurcación aórtica para crear una landing zone a nivel visceral que permitiera implantar una endoprótesis ramificada T-Branch (Cook®), inicialmente inviable por el reducido diámetro de la luz verdadera. Posteriormente, Traumatología realizó una fijación vertebral posterior (T4-T12), consiguiéndose la recuperación de la deambulación mediante rehabilitación. En el angioTAC de control se detectó una endofuga tipo II dependiente de la mesentérica inferior, tratada mediante clipaje laparoscópico por Cirugía Colorectal ante la dificultad de embolización debido a las reparaciones previas.

Conclusiones

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

08:40 - 08:45

107 Tromboangeítis obliterante con afectación intestinal exclusiva: un reto diagnóstico

Ismael Sánchez Burgos, Irene Maria Lopez Arquillo, Javier Fernandez Lorenzo, Jorge Vidal Rey, Pablo Rodriguez Gonzalez, Jose Manuel Encisa De Sa
Hospital Alvaro Cunqueiro, Vigo, España

Sección Panel de casos clínicos: menos de tres casos

Objetivos

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

Material

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

Metodología

Acude a Urgencias por dolor abdominal de dos días de evolución asociado a náuseas y vómitos.

Ante la sospecha de isquemia intestinal, se realizó angio-TC abdominopélvico, que mostró permeabilidad del tronco principal de la arteria mesentérica superior con oclusión de ramas distales y engrosamiento parietal de asas de intestino delgado compatible con isquemia intestinal segmentaria, sin datos de ateromatosis significativa ni embolia proximal.

Ante la progresión clínica, se indicó tratamiento quirúrgico por parte del servicio de Cirugía General y Digestiva, realizándose varias resecciones segmentarias de intestino delgado y resección ileocecal, con reconstrucción mediante anastomosis duodeno-yeyunal e íleo-cólica. El estudio anatomopatológico mostró necrosis isquémica hemorrágica transmural asociada a microvasculitis trombótica inflamatoria focalmente obliterante, hallazgos compatibles con tromboangeítis obliterante.

Posteriormente se inició tratamiento con anticoagulación sistémica y prostaglandinas intravenosas durante el ingreso.

Resultados

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

Conclusiones

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

08:45 - 08:50

22 El cerib como técnica de recurso en anatomías ilíacas complejas

Inés Torres Nieto, Alfonso Jiménez Elbaile, Noemí Hidalgo Iranzo, Jorge Álvarez Gómez, Agustín Decouvette Sureda, Elena Victoria Gil Amigo

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

Sección **Panel de casos clínicos: tres o más casos**

Objetivos

La preservación de la arteria hipogástrica en el tratamiento endovascular del sector ilíaco es fundamental para evitar complicaciones isquémicas pélvicas. En ocasiones la implantación de un branch iliaco (IBD) puede verse limitada por la anatomía o la presencia de prótesis previas. En este contexto, la reconstrucción endovascular cubierta de la bifurcación ilíaca (CERIB) se plantea como una alternativa de recurso para lograr un adecuado sellado distal preservando la perfusión pélvica. Por tanto, el objetivo es describir los resultados del CERIB como técnica de recurso en pacientes con anatomía ilíaca compleja.

Material

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

Metodología

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

Resultados

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

Conclusiones

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

08:50 - 08:55

19 Rescate endovascular de injerto renal mediante stent ilíaco por disección segmentaria de arteria ilíaca externa con anastomosis sobre luz falsa

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

Sección **Panel de casos clínicos: menos de tres casos**

Objetivos

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

Material

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

Metodología

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

Resultados

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

Conclusiones

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

08:55 - 09:00

65 Reparación de aneurisma de aorta abdominal (aaa) asociado a riñón pélvico

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

Sección Panel de casos clínicos: menos de tres casos

Objetivos

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

Material

Varón 65 años, de manera incidental, en angioTAC, se evidenció AAA y la existencia de riñón pélvico izquierdo con salida de arteria renal izquierda, dos arterias polares <3mm izquierdas y dos derechas >3mm desde el saco aneurismático. La vena renal izquierda drenaba desde la pelvis renal, con recorrido ascendente, hasta desembocar en la vena cava inferior, en su localización estándar.

De acuerdo con el tipo de paciente y la anatomía, planificó la intervención quirúrgica abierta.

Metodología

Mediante laparotomía, se procedió a la disección del AAA, de arteria renal izquierda y polares. Se realizaron clampajes arteriales secuenciales por sectores (M&M) manteniendo la perfusión retrógrada y el drenaje del riñón.

Se procedió al clampaje ilíaco izquierdo, realizando la anastomosis de iliaca izquierda termino-terminal (T-T) con prótesis Dacron de 16x8mm. Posteriormente, se realizó clampaje infrarenal y clampaje ilíaco derecho, apertura del saco aneurismático y colocación de perfusión de arteria renal izquierda selectiva con solución cristalóide continua a 40.

Se realizó la anastomosis aórtica proximal y el reimplante de la arteria renal izquierda.

El tiempo de isquemia renal fue de 30 minutos. Se procedió al desclampaje aórtico y clampaje de prótesis comprobando permeabilidad renal. Anastomosis ilíaca derecha (T-T), con posterior desclampaje y buen funcionamiento del bypass.

Finalmente, con clampaje parcial, se reimplantaron 2 polares renales derechas.

Resultados

El postoperatorio inmediato concurrió sin incidencias: la función renal fue correcta y la permeabilidad y perfusión de arterias renales y polares fue mantenida en ambos riñones en ecodoppler.

Conclusiones

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

Jueves 28 de mayo

PANELES (11:00h - 12:00h)

11:00 - 11:05

179 Reparación percutánea de punción iatrogénica de arteria subclavia derecha mediante dispositivo de cierre vascular.

Pablo Javier Salvaré Heikel¹, Albert Martínez Toiran¹, Kerbi Alejandro Guevara Noriega^{1,2}, María Marcet Recolons¹, Oriol Demestre I García¹, María Teresa Solanich Valldaura¹

1. Consorci Sanitari Parc Tauli, Sabadell, España
2. Hospital Universitari de Mataró, Mataró, España

Sección **Panel de casos clínicos: menos de tres casos**

Objetivos

La canulación arterial inadvertida durante la colocación de un catéter venoso central (CVC) en territorio subclavio constituye una complicación potencialmente grave, especialmente en pacientes críticos con alto riesgo hemorrágico o trombótico. El objetivo es describir el manejo diagnóstico y terapéutico de la punción iatrogénica de la arteria subclavia con catéter de gran calibre, destacando la estrategia técnica y la toma de decisiones en un paciente con elevada comorbilidad.

Material

Varón de 80 años ingresado en UCI por shock séptico con bacteriemia por *Staphylococcus aureus*, ictus cardioembólico en contexto de fibrilación auricular no anticoagulada y antecedente reciente de hemorragia subaracnoidea traumática que contraindica anticoagulación sistémica. Durante intento de canalización venosa subclavia derecha se introdujo accidentalmente un catéter de 7F en la arteria subclavia. A las horas presentó frialdad y pérdida de pulso radial en extremidad superior derecha, compatible con isquemia aguda secundaria a trombosis pericatóter y embolización distal.

Metodología

La ecografía Doppler evidenció permeabilidad arterial con visualización intraluminal del catéter con trombo adherido. El angio-TC confirmó la posición arterial dirigida hacia la arteria axilar, sin extravasación ni pseudoaneurisma y la trombosis radial distal. Ante la imposibilidad de compresión ecoguiada y la contraindicación de anticoagulación plena, se consensuó tratamiento endovascular. Mediante anestesia locorregional, sedación y heparinización local se realizó acceso humeral retrógrado con colocación de guía de seguridad intraluminal, una segunda guía para el cambio de CVC por catéter 7F y cierre percutáneo del punto de punción subclavio mediante dispositivo MynxGrip®, finalmente se realizó embolectomía distal. El procedimiento se realizó bajo control angiográfico y ecográfico.

Resultados

Se logró el cierre completo de la lesión arterial sin evidencia de fuga en el control angiográfico. Se objetivó recuperación de la perfusión distal y desaparición de los signos clínicos de isquemia aguda.

Conclusiones

La punción iatrogénica de la arteria subclavia con catéter de gran calibre constituye una urgencia vascular que requiere diagnóstico precoz y estrategia individualizada. El abordaje endovascular con guía de seguridad y cierre percutáneo puede representar una alternativa segura a la cirugía abierta en pacientes críticos seleccionados, especialmente cuando la compresión directa no es factible y el riesgo hemorrágico es elevado.

11:05 - 11:10

188 Complicaciones infrecuentes en el aneurisma aórtico roto: la fístula aortocava.

Pedro Julián García Garrido, Ana Isabel Guillén Cascales, Celia Rioja Olmedo, Rocio Belén Rodríguez Carmona, Rodrigo Eduardo Yoldi Bocanegra
Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería, España
Sección **Panel de casos clínicos: menos de tres casos**

Objetivos

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

Material

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

Metodología

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

Resultados

De manera emergente, se realiza implante de endoprótesis aórtica bifurcada precisando embolización de hipogástrica izquierda. En arteriografía de control impresiona de posible endofuga tipo Ia tardía. Dado el estado del paciente y la persistencia de la fuga tras acomodar la endoprótesis con balón de remodelado, se decide finalizar el procedimiento y nuevo angioTAC en 24h - 48 horas.

En control de imagen, se visualiza persistencia de endofuga, relleno del saco aneurismático a través de defecto entre vena cava inferior y saco aneurismático. Tras estos hallazgos, y a pesar de la mejoría clínica se efectúa nueva intervención: por vía venosa femoral derecha, se cateteriza defecto en vena cava inferior y se realiza embolización parcial del saco aneurismático con coils, e implante de ocluser en el origen de la comunicación.

Conclusiones

Las publicaciones del tratamiento endovascular de la FAC son escasas y aunque sea una técnica menos agresiva, no está exenta de complicaciones, siendo la embolia pulmonar paradójica y las endofugas las más preocupantes.

Planteamos el uso de un ocluser vascular en combinación con una endoprótesis bifurcada como una buena opción de tratamiento.

11:10 - 11:15

144 ¿cómo evitar la isquemia medular?: un reto quirúrgico a propósito de un caso

Agustín Decouvette Sureda, Ana Cristina Marzo Álvarez, Noemí Hidalgo Iranzo, Jorge Álvarez Gómez, Inés Torres Nieto, Ana Cristina Fernández-Aguilar Pastor
Hospital universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

Sección Panel de casos clínicos: menos de tres casos

Objetivos

Analizar las medidas neuroprotectoras tomadas para prevenir la isquemia medular en un caso complejo con cobertura amplia de la aorta torácica y abdominal

Material

Varón de 73 años, hipertenso, diabético tipo II, dislipémico, con insuficiencia renal crónica, linfoma no Hodgkin en remisión completa y endarterectomía carotídea bilateral previa (2015 y 2017).

Metodología

En 2021 se diagnosticó aneurisma toracoabdominal bilobulado asintomático (69 mm suprarrenal, 54 mm infrarrenal), obstrucción de iliaca externa izquierda con permeabilidad de hipogástrica izquierda. Se realizó estrategia de estadiaje: primer tiempo cirugía TEVAR y BEVAR; segundo tiempo (colocación de drenaje preoperatorio): se completa la exclusión de la parte abdominal mediante implante de endoprótesis aortobiiliaca con rama contralateral hacia la hipogástrica izda. (preservación de perfusión pélvica), utilizando stents cubiertos balón expandibles cubiertos para poderlos implantar desde abordaje humeral, cubriendo la longitud desde el divisor de flujo del aortobiiliaco hasta la hipogástrica izquierda.

En seguimiento se detectaron endofuga tipo IA proximal y tipo IIIb en rama de tronco celíaco por fractura de stent. Se interviene, colocación de drenaje LCR electivo e implante de endoprótesis con rama la subclavia izda. (preservación de red de colaterales) e implante de stent cubierto en rama del tronco celiaco.

En todos los procedimientos se realizó optimización hemodinámica exhaustiva.

Resultados

A pesar de la extensa cobertura torácica (zona 2 a 10-11), el paciente no desarrolló déficits neurológicos tras ninguna intervención. Como complicación inmediata en el último procedimiento, presentó isquemia aguda de miembro inferior derecho, resuelta mediante trombectomía femoropoplítea y endarterectomía femoral con parche, con recuperación completa del pulso distal.

Conclusiones

En aneurismas toracoabdominales extensos, la protección medular debe entenderse como una estrategia multimodal, combinando reparación escalonada, drenaje selectivo de LCR en pacientes de mayor riesgo y preservación de colaterales y circulación pélvica. Este enfoque permitió evitar paraplejía en un escenario anatómico complejo, demostrando que la planificación estratégica puede ser determinante.

11:15 - 11:20

206 Tratamiento urgente de disrupción completa de aorta contenida con técnica endovascular de recurso

Noelia Garzón Bergadá, Moisés Falcón Espinola, Marco Antonio Ramírez Rodríguez, Ángel Plaza Martínez

Hospital de Manises, Manises, España

Sección **Panel de casos clínicos: menos de tres casos**

Objetivos

Presentación de caso clínico de reparación con técnica de recurso endovascular de rotura completa de aorta contenida en paciente no apto para cirugía abierta.

Material

Varón de 77 años que acude por insuficiencia cardiaca(IC) y dolor lumbar de semanas de evolución. En tomografía computarizada(TC) solicitada para descartar tromboembolismo pulmonar, se evidencia rotura completa de aorta contenida de 10.5cm. Paciente estable con tensión de 157mmHg y frecuencia cardiaca 66lpm.

Ante gran comorbilidad (flutter, IC, estenosis aórtica moderada, hipertensión pulmonar), con rotura de aorta yuxtarenal, se decide reparación con técnica de recurso: endoprótesis bifurcada y chimenea renal izquierda. Arteria polar derecha de 5mm en aorta distal.

Metodología

Mediante abordaje percutáneo femoral y abordaje abierto de subclavia izquierda se realiza through and through de aorta abdominal infrarenal y aorta terminal, por dislocación secundaria a rotura.

Despliegue de endoprótesis bifurcada de 24mm con enrasado en renal izquierda, enrasado distal en bifurcación iliaca bilateralmente. Aortografía con endofuga Ia por lo que se decide colocación de chimenea renal izquierda (6mm) y extensor aórtico proximal (30mm), con oclusión de renal derecha.

Aortografía final con endofuga tardía: endofuga tipo II por arteria lumbar a nivel de cuello y polar derecha.

Resultados

Postoperatorio prolongado por IC y respiratoria con necesidad de drogas vasoactivas y monitorización intensiva. Posterior mejoría cardiológica, pero con necesidad de oxigenoterapia domiciliaria.

Ausencia de complicaciones de abordaje femoral y axilar. TC de control al mes con endofuga II por arteria lumbar a nivel del cuello, con saco aneurismático de 10.5cm. Ante paciente de alto riesgo y escaso crecimiento se decide manejo conservador.

A los 3 meses, paciente asintomático con ausencia endofuga yuxtarenal en ecografía y saco estable (10cm), pendiente de TC de control a 6 meses.

Conclusiones

La utilización de endoprótesis fenestradas para reparación de aneurismas con cuello hostil es un tratamiento recomendado por las guías. Sin embargo, en situaciones de urgencia, injertos endovasculares modificados (PMEG) son una técnica avanzada que precisa de una curva de aprendizaje. Por ello, el uso técnicas endovasculares de recurso como ChEVAR es factible, aunque con una mayor tasa de complicaciones y una necesidad de seguimiento estrecho para detección y tratamiento de las mismas.

11:20 - 11:25

207 Rescate de extremidad en isquemia crítica tras fracaso endovascular múltiple: revascularización distal compleja y cobertura microquirúrgica

Regina Callejón Baño, Sara Rioja Artal, Begoña Gonzalo Villanueva, Josep Oriol Bermejo Segú, Albert Castellà Durall, Elena Iborra Ortega

Hospital Universitari de Bellvitge, Hospitalet De Llobregat, España

Sección **Panel de casos clínicos: menos de tres casos**

Objetivos

Presentar un caso de isquemia crítica de la extremidad inferior con múltiples fracasos endovasculares, resuelto mediante cirugía de revascularización distal compleja y técnicas de cirugía plástica reconstructiva, evitando la amputación mayor.

Material

Paciente de 68 años fumadora y diabética, diagnosticada de isquemia crítica grado IV de la extremidad inferior derecha, con necrosis extensa digital y dolor en reposo. El estudio cartográfico evidenció oclusión poplítea y arteriopatía severa de troncos distales.

Metodología

Se realizó tratamiento endovascular inicial mediante recanalización de arteria poplítea, tronco tibioperoneo y tibial anterior por abordaje combinado femoral y pedio (retrógrado), con resultado angiográfico satisfactorio y recuperación de pulso pedio. A las dos semanas presentó oclusión precoz, realizándose bypass femoro-pedio con injerto compuesto de vena safena interna invertida bilateral. Como complicación presentó dehiscencia de la herida dorsal del pie con exposición del bypass y sobreinfección local. Se decidió realizar una cirugía combinada con cirugía plástica. Durante la cirugía se evidenció ruptura del injerto que obligó a recambiar el segmento dañado por vena cefálica. Se realizó la cobertura mediante colgajo radial con anastomosis arterial en el bypass pedal y anastomosis venosa en vena tibial anterior.

Resultados

El postoperatorio cursó sin incidencias, con bypass funcionante, pulso pedio palpable y colgajo viable

Conclusiones

En pacientes con isquemia crítica compleja y fracaso endovascular, la cirugía de revascularización distal continúa siendo una opción eficaz para el rescate de la extremidad. La colaboración multidisciplinar con cirugía plástica permite resolver complicaciones locales graves, evitando la amputación mayor incluso en escenarios de alta complejidad.

11:25 - 11:30

41 De hematoma a urinoma: diagnóstico tardío de fístula ilio-ureteral primaria tras reparación endovascular de aaa roto

Irantzu Unzaga Rubio, Roger Frigola Castro, Malen Sukia Zufiria, Amaya Ramirez Cervera, Leopoldo Fernandez Alonso, Esther Martinez Aguilar
Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España

Sección Panel de casos clínicos: menos de tres casos

Objetivos

Presentar un caso excepcional de fístula ilio-ureteral primaria que permaneció oculta por un hematoma retroperitoneal desenmascarado en el postoperatorio tardío tras aneurisma de aorta abdominal (AAA) roto.

Material

Presentación de un caso clínico.

Metodología

Revisión retrospectiva de la historia clínica y revisión de la literatura.

Resultados

Varón de 73 años que acude a Urgencias por disnea de reposo, taquipnea, hipotensión y dolor dorso-lumbar intenso, asociando claudicación intermitente de progresión reciente. En Angio-TC urgente se objetiva rotura de AAA con voluminoso hematoma retroperitoneal e inestabilidad hemodinámica. Se realiza intervención quirúrgica urgente, mediante colocación de endoprótesis aórtica bifurcada y embolización de arteria ilíaca interna izquierda.

El paciente permanece ingresado en UCI 20 días por shock mixto hemorrágico, vasopléjico y séptico de origen urinario, con bacteriemia por *Proteus*.

Tras su resolución es trasladado a un centro de media estancia para rehabilitación.

Dos meses más tarde, reingresa por sospecha de endofuga, objetivándose en TC voluminosa colección retroperitoneal izquierda, con realce periférico, compatible con hematoma conocido, que ha aumentado de tamaño y densidad respecto a estudios previos. Esta desplaza anteriormente el riñón izquierdo, engloba y comprime el uréter izquierdo, produciendo ureterohidronefrosis izquierda grado II/IV.

Se decide punción de la colección para drenaje y toma de muestra. La bioquímica del líquido drenado resulta compatible con orina, confirmando el diagnóstico de urinoma, con cultivo negativo. Se realiza nefrostomía por parte del servicio de Urología. Se revisa TAC que se hizo en la UCI donde se objetiva pequeña fuga de contraste en fase tardía desde uréter a saco de aneurisma iliaco, confirmando la sospecha de fístula ilio-ureteral primaria. La secuencia sugiere un hematoma inicial que contenía una fístula uretero-aneurismática (por contacto prolongado del saco ilíaco con uréter izquierdo). El urinoma se manifestó según se fue reabsorbiendo ese hematoma.

En el seguimiento tras retirada de nefrostomía, se objetiva resolución de la colección previa sin datos de sobreinfección.

Conclusiones

El caso es excepcional en la literatura revisada porque la fístula primaria quedó "enmascarada" por el hematoma del AAA roto, siendo un diagnóstico muy difícil de sospechar inicialmente. El tratamiento conservador mediante derivación urinaria puede ser efectivo en pacientes seleccionados, evitando reintervenciones de alto riesgo.

11:30 - 11:35

171 Técnica para asegurar la canalización de arterias diana en endoprótesis fenestrada modificada por el médico (pmeg) – prueba in vitro.

Asmae Frej ., Ciro Baeza Bermejillo

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

Sección **Panel de casos clínicos: menos de tres casos**

Objetivos

La reparación endovascular aórtica fenestrada (FEVAR) es un procedimiento técnicamente exigente, especialmente cuando las fenestraciones de la endoprótesis no se encuentran alineadas con precisión a las arterias diana, pudiendo provocar así la prolongación del tiempo del procedimiento, el aumento en las dosis de contraste utilizadas y ocasionar complicaciones intraoperatorias o fallos en la canalización de los vasos diana. Es esencial evaluar más a fondo las causas de la desalineación y desarrollar técnicas complementarias que lo eviten. En las endoprótesis modificadas por el cirujano (PMEG), los modelos aórticos fabricados con impresoras 3D pueden ayudar a posicionar las fenestraciones, pero no garantizan la canalización exitosa de los vasos diana. Por ello describimos una nueva técnica que utiliza guías precargadas en las PMEG para asegurar dicha canalización, incluso en casos de desalineación.

Material

El procedimiento se realiza coaxialmente a través de un único acceso femoral y consiste en precargar, a través de cada fenestración realizada en una PMEG, una guía modificada en forma de nudo corredizo y que permita enhebrar otra guía para realizar una maniobra tipo "through-and-through" en cada una de las arterias diana.

Metodología

Incluido en el apartado anterior.

Resultados

Hemos probado la técnica en modelos anatómicos. La técnica permite que, aunque las fenestraciones estén ligeramente desalineadas con el vaso diana, el sistema de guías entrelazadas consigue acceso al vaso antes del despliegue de la endoprótesis. Esta técnica no solo se limita a las arterias viscerales, sino que también podría usarse para canalizar vasos del arco aórtico, arterias hipogástricas y, en general, cualquier área de bifurcación arterial.

Conclusiones

Describimos una técnica de recurso para casos urgentes que requieran el uso de PMEG. Ofrece varias ventajas, pero principalmente proporciona mayor seguridad, especialmente para el cirujano, al garantizar la canalización de los vasos diana antes del despliegue de la endoprótesis, y al permitir la canalización de arterias diana que no estén perfectamente alineadas con la fenestración. Con ello disminuiría el tiempo quirúrgico y de fluoroscopia; y la dosis de contraste administrado, así como los riesgos que derivan de ello. Asimismo, creemos que esta técnica podría estandarizarse mediante el uso de dispositivos prefabricados.

11:35 - 11:40

248 Técnica off-the-shelf en paciente con aneurisma de aorta abdominal roto con evar previo

ALICIA Fernandez Perez, LUCIA Real Lora, ARTURO Ferreiro-Mazon Garcia-Plata, FERNANDO Benito Mira, ESTEFANÍA San Gines Bahillo, LUCAS Alvarez Garcia, ANDRES Alvarez Salgado
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CABUEÑES, Gijón, España

Sección **Panel de casos clínicos: menos de tres casos**

Objetivos

Presentamos el caso de un paciente con un aneurisma abdominal roto habiendo excluido el aneurisma previamente mediante endoprótesis infrarrenal. La progresión de la enfermedad a nivel proximal causó una caída de la endoprótesis generando una endofuga tipo I y la consecuente rotura del saco. Los diámetros del cuello no permitirán el sobredimensionamiento del 30-40% recomendado para la técnica ChEVAR

Material

Varón de 82 años que acude a Urgencias con inestabilidad y dolor abdominal intenso. En sus antecedentes figuraba haber sido intervenido de EVAR hace 3 años por un AAA en rango quirúrgico.

Metodología

En angioTC se diagnostica la rotura del saco aneurismático con desplazamiento distal del cuerpo de la endoprótesis y la falta de sellado proximal. Con estos datos se decide intervención emergente.

Resultados

Dado que el cuello proximal tenía longitud de 2mm y un diámetro de 35, no tendríamos opción de sobredimensionar el cuerpo de la endoprótesis para amoldar dos chimeneas a las renales con correcto sellado, y dada la inestabilidad del paciente no había tiempo para realizar una PMEG. En este caso se ideó como alternativa sobredimensionar el diámetro de los stents renales de las chimeneas en su segmento aórtico proximal a 14mm. El procedimiento se realizó según el planning consiguiendo el sellado aneurismático sin evidencia de endofugas intraoperatorias. El paciente evolucionó favorablemente.

En angioTC de control a los 6 meses no se aprecian endofugas con reducción del saco.

Conclusiones

Las técnicas off-the-shelf están recomendadas como técnicas de recurso en casos urgentes cuando no existen alternativas standard. Nos parece interesante el sobredimensionado no solo del cuerpo principal de la endoprótesis para conseguir el sellado proximal. No obstante se hace necesario el tener stents cubiertos balonexpandibles que permitan esta sobredimensión.

11:40 - 11:45

68 Desafiando los límites del tiempo: viabilidad parenquimatosa y rescate funcional tras revascularización endovascular en isquemia renal aguda prolongada.

Tamara De Francisco Torres¹, Sabrina Alejandra Morcillo Gelstein², Víctor Manuel Lozano Bouzon², Alvaro Vidal Ortiz², Sofia Simón Bellón², Jose Ramon March Garcia²

1. Hospital Universitario Getafe, Madrid, España
2. Hospital universitario getafe, Madrid, España

Sección Panel de casos clínicos: menos de tres casos

Objetivos

El objetivo es demostrar la viabilidad del rescate del parénquima renal mediante intervención endovascular en casos de isquemia renal aguda prolongada, desafiando los límites temporales de 12-24 horas establecidos tradicionalmente en las guías clínicas de tratamiento en esta patología

Material

Varón de 77 años con antecedentes de hipertensión, DL, fibrilación auricular anticoagulada con sintrom y bypass aortobifemoral en agosto de 2025 por AAA.. Acudió a urgencias por dolor en flanco izquierdo de 3 días de evolución. Analíticamente, presentó un deterioro de la función renal con un filtrado glomerular (FG) de 50 (siendo el basal >90). El TAC de aorta confirmó una oclusión de la arteria renal izquierda (ARI) por un trombo subagudo de 20 mm, asociada a edema renal e hipodensidad corticomedular y parenquimatosa.

Metodología

Se realizó una revascularización endovascular de urgencia mediante acceso humeral izquierdo. El procedimiento incluyó trombectomía mecánica con sistema de aspiración (PENUMBRA) con buen resultado posterior pero con necesidad de implante de stent recubierto VBX de 6x27 en la ARI. tras angiografía final se comprobó excelente resultado morfológico posterior.

Resultados

Se obtuvo un éxito técnico excelente con restauración de la perfusión renal. En el postoperatorio inmediato, el FG descendió transitoriamente hasta 18 de manera paulatina en el contexto de la cirugía y el uso de contrastes iodados y deshidratación renal, sin embargo, el paciente mostró una recuperación progresiva en los días posteriores, logrando estabilizar la función renal con un FG de 77; 12 días después de la cirugía.

Conclusiones

Este caso demuestra que es posible la salvación del parénquima renal incluso ante isquemias agudas superiores a las 24 horas. Los resultados sugieren que las técnicas endovasculares permiten ampliar la ventana terapéutica actual, cuestionando las limitaciones temporales estrictas que aseveran las guías clínicas vigentes.

11:45 - 11:50

118 Tratamiento endovascular de pseudoaneurisma de arteria gastroduodenal secundario a cirugía de whipple

Maria Del Carmen Montoro Pacha, Oscar Gasulla Montardit, Patricia Sanchez Velazquez, Carme Llord Pont, Ezequiel Paredes Mariñas, Laura Calsina Juscafresa
Hospital del Mar, Barcelona, España

Sección Panel de casos clínicos: menos de tres casos

Objetivos

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

Material

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

Metodología

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

Resultados

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

Conclusiones

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

11:50 - 11:55

44 Síndrome de cascanueces: transposición de vena renal izquierda asistida por robot

71 Congreso SEACVE · 26 - 29 Mayo 2026 · Sitges

Fernando Benito Mira, Estefania San Ginés Bahillo, Arturo Ferreiro-Mazón García-Plata, Lucia Real Lora, Lucas Álvarez García, Manuel Javier Vallina Victorero
Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, España

Sección **Panel de casos clínicos: menos de tres casos**

Objetivos

El síndrome de Cascanueces es una entidad rara que afecta a menos del 0.3% de la población. Actualmente el tratamiento quirúrgico es el manejo principal de esta patología. Existen dos posibilidades: cirugía abierta o endovascular. En cuanto a la cirugía abierta, ofrece mejores resultados a largo plazo que la endovascular pero es una alternativa más agresiva y requiere una recuperación más lenta del paciente.

Material

Presentamos el caso de una paciente mujer de 26 años derivada a nuestro servicio por hallazgo de pinzamiento de vena renal izquierda en TC solicitado por estudio de hematuria e ITUs de repetición.

Metodología

Se realiza de manera programada la transposición de vena renal izquierda asistida por robot.

Resultados

El procedimiento transcurre sin incidencias y la paciente es dada de alta a las 72 horas. En revisiones posteriores la paciente presenta remisión de la clínica con permeabilidad de vena renal izquierda en eco-doppler.

Conclusiones

En nuestra experiencia, la transposición de vena renal izquierda asistida por robot es una técnica poco invasiva que presenta buenos resultados, menor dolor postoperatorio y una recuperación más rápida en casos seleccionados. No obstante, son necesarios más estudios con un mayor número de pacientes para una evaluación más precisa de esta modalidad de tratamiento relativamente innovadora.

11:55 - 12:00

149 Shock hemorrágico por rotura de aneurisma de apd en paciente puérpera: resolución quirúrgica mediante parche en contexto de malformación vascular visceral compleja.

Cristina Martínez Ingelmo, Fernando Uriza Caro, Rosario Conejero Gómez, Felipe Neri Arribas Aguilar, Manuel Rodríguez Piñero
Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España

Sección **Panel de casos clínicos: menos de tres casos**

Objetivos

Los aneurismas viscerales son entidades infrecuentes, con presentación clínica variable. Su rotura puede provocar shock hipovolémico de rápida instauración y elevado riesgo vital. La localización pancreatoduodenal, especialmente en pacientes con malformaciones vasculares asociadas, supone un reto diagnóstico y terapéutico. La gestación y el puerperio, por sus cambios hemodinámicos, aumentan el riesgo de rotura.

Presentamos el caso de una mujer de 44 años en puerperio inmediato, con shock hemorrágico por rotura de aneurisma visceral, reparado mediante parche dada la malformación visceral compleja.

Material

Mujer de 44 años en puerperio inmediato, con preeclampsia sobreañadida y parto instrumental, que presentó deterioro hemodinámico brusco y sangrado retroperitoneal masivo secundario a rotura de un aneurisma de la arteria pancreatoduodenal inferior en contexto de aplasia del tronco celíaco.

Metodología

Ante la inestabilidad hemodinámica de rápida instauración presentada por la paciente, se indicó laparotomía exploradora emergente.

Mediante la maniobra de Catell-Braasch, se procede a la disección del ángulo de Treitz y al control proximal mediante clampaje de la arteria mesentérica superior.

Se realizó apertura del saco aneurismático y reparación con parche de pericardio bovino, preservando las ramas hepática y esplénica emergentes del mismo.

El control de la perfusión visceral se confirmó intraoperatoriamente con pulsatilidad del pedículo hepático y se dejó el abdomen abierto con bolsa de Bogotá para reexploración posterior.

Resultados

Se presenta un caso excepcional por su asociación a malformación vascular congénita y evolución periparto. La intervención urgente permitió controlar el sangrado en situación de pre-parada cardiorrespiratoria y restaurar la perfusión visceral.

En el angioTAC de control realizado a las 72h de la intervención, se objetiva adecuada permeabilidad de los principales vasos del pedículo hepático, pancreático y eje esplénico, sin signos de trombosis ni estenosis significativas.

La paciente ingresó en UCI con mejoría inicial, pero finalmente evolucionó hacia fallo multiorgánico por sepsis, falleciendo al séptimo día postoperatorio.

Conclusiones

El aneurisma pancreatoduodenal roto es una entidad rara, pero de gran riesgo vital. La cirugía con parche se mostró como alternativa válida en contexto anatómico complejo y shock, cuando el tratamiento habitual no es factible.

71 Congreso **SEACVE** · 26 - 29 Mayo 2026 · **Sitges**

Jueves 28 de mayo

PANELES (17:30h - 18:00h)

17:30 - 17:35

214 Isquemia arterial crónica asociada a enfermedad de Erdheim-Chester: a propósito de un caso clínico

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

Sección **Panel de casos clínicos: menos de tres casos**

Objetivos

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

Material

La ECD es una histiocitosis del grupo "Langerhans" con una prevalencia de <1/1.000.000 habitantes, inicialmente descrita en 1930. Se manifiesta como una infiltración xantogranulomatosa multisistémica que genera inflamación y fibrosis. El territorio aórtico es el más afectado (hasta en un 48%), aunque excepcionalmente se asocia a degeneración aneurismática. La mayoría de pacientes, presentan la mutación genética BRAF V600E, lo que ha permitido desarrollar tratamientos dirigidos.

Metodología

Presentamos un varón de 68 años, hipertenso, dislipémico, con lumbalgia crónica y portador de catéter doble J izquierdo por masa retroperitoneal histológicamente compatible con EEC y con mutación BRAF V600E negativa.

Consultan con Cirugía Vasculor por encontrar, en AngioTC de control, progresión de la fibrosis retroperitoneal, aneurisma de aorta infrarrenal (AAA) de 45mm y compresión extrínseca severa que afecta a arteria ilíaca común izquierda y al origen de la arteria hipogástrica izquierda. Al interrogatorio el paciente refería historia de claudicación glútea izquierda a 20 metros. En la exploración, presentaba oclusión ilíaca ipsilateral con movilidad y sensibilidad conservadas. Presentaba un ITB 0.75 en el miembro afecto.

Resultados

Tras valorar el caso de forma multidisciplinar con Medicina Interna, considerando el origen extrínseco de la compresión/estenosis del eje iliaco izquierdo y el diámetro fuera de rango quirúrgico del AAA, se opta por iniciar tratamiento médico exclusivamente. Para la clínica isquémica se recomienda ejercicio, se pauta cilostazol y analgesia si requiere. Por parte de Medicina Interna se inicia tratamiento con Trametinib, 0.5 miligramos cada 12 horas (que actúa inhibiendo las proteínas MEK1 Y MEK2, de la vía ERK). Ante la ausencia de la mutación BRAF V600, no se pauta terapia dirigida, siguiendo las recomendaciones de tratamiento en pacientes con mutación negativa.

En la revisión a los 2 meses, el paciente se mantuvo estable, con mejoría leve de la distancia de claudicación glútea izquierda.

Conclusiones

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

17:35 - 17:40

79 Uso de inteligencia artificial en la interpretación de siglas médicas en cirugía vascular

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

1. HUP La Fe, Valencia, España
2. Universitat Jaume I, Castellón, España

Sección Panel de casos clínicos: menos de tres casos

Objetivos

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

Material

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

Metodología

Diseño: estudio observacional comparativo.

Procedimiento: se evaluó el rendimiento de cuatro modelos de inteligencia artificial (ChatGPT, Copilot, Gemini y Perplexity) en la interpretación de siglas médicas. Cada sigla se analizó en tres niveles de información contextual (sin contexto, contexto de frase y contexto de informe completo), utilizando consultas realizadas en sesiones independientes.

Análisis estadístico: se calculó la proporción de interpretaciones correctas con su intervalo de confianza al 95 % y se compararon los modelos mediante la prueba Q de Cochran y comparaciones por pares con la prueba de McNemar con corrección de Bonferroni.

Resultados

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

Conclusiones

Los modelos de IA muestran una alta capacidad para el descifrado contextualizado de siglas médicas en informes de cirugía vascular cuando se dispone de suficiente contexto clínico. Estas herramientas pueden ser útiles como apoyo en la interpretación de documentación clínica vascular y en la comunicación entre profesionales, siempre bajo supervisión del especialista, especialmente en siglas polisémicas o de baja frecuencia.

17:40 - 17:45

153 Tratamiento endovascular de hipoplasia congénita de vena cava

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

Sección Panel de casos clínicos: menos de tres casos

Objetivos

Las malformaciones congénitas de la vena cava inferior son infrecuentes, pero predisponen a trombosis venosa profunda (TVP) iliofemoral extensa y síndrome postrombótico (SPT) grave y, a menudo, no responden a medidas conservadoras. Se presenta un caso de hipoplasia de cava con SPT refractario y su manejo mediante tratamiento endovascular.

Material

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

Metodología

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

Resultados

La flebografía de control y IVUS confirmaron permeabilidad y correcta aposición de los stents en cava e ilíaco derecho. No se objetivó en la flebografía el contraste en eje izquierdo, pero en IVUS se descartó complicaciones y se observó abundante colateralidad por ramas iliolumbares.

A nivel clínico, la sintomatología mejoró durante el seguimiento y la puntuación de Villalta descendió a 5 puntos.

En el control ecográfico a 3 meses se objetivó permeabilidad de los stents, velocidades adecuadas y ausencia de trombo intraluminal; ejes femorales permeables.

En el control a los 6 meses con angio-tc se objetivó permeabilidad de los stents en cava e ilíacas.

Conclusiones

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

17:45 - 17:50

181 De la granja a la aorta: aortitis por listeria monocytogenes

Raquel Frago Martín, Francisco Franco Meijide, Cristina Suárez González, Alicia Alonso Alvarez, María Dolores Sousa Regueiro

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña, España

Sección **Panel de casos clínicos: menos de tres casos**

Objetivos

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

Material

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

Metodología

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

Resultados

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

El segundo caso corresponde a un varón de 63 años, hipertenso y en seguimiento por aneurisma infrarrenal no quirúrgico, que acudió por fiebre persistente superior a 39 °C. El TAC urgente evidenció pseudoaneurisma con signos de rotura contenida. Se realizó reparación endovascular urgente como procedimiento puente, seguida de explante completo diferido y reconstrucción con prótesis de pericardio bovino. Los cultivos quirúrgicos confirmaron igualmente *Listeria monocytogenes*. Tras antibioterapia prolongada, la evolución fue excelente.

Ambos pacientes referían contacto habitual con ganado y consumo de productos artesanales no pasteurizados.

Conclusiones

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

17:50 - 17:55

178 Tratamiento de pseudoaneurisma aórtico postraumático con tevar con rama para subclavia izquierda más fenestración in situ para subclavia derecha aberrante

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

Sección Panel de casos clínicos: menos de tres casos

Objetivos

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

Material

Varón de 30 años, sin antecedentes de interés, trasladado a urgencias tras precipitación desde 6 metros de altura con traumatismo torácico y raquídeo. El AngioTAC inicial evidenció lesión intimal en el istmo aórtico distal al origen de subclavia izquierda, asociada a hematoma mural sin sangrado activo. Como hallazgo anatómico relevante, presentaba arteria subclavia derecha aberrante con origen en la cara inferior del cayado aórtico y trayecto retroesofágico. En el control a los 5 días se objetivó progresión de la lesión con desarrollo de pseudoaneurisma de 15x6x6 mm, indicándose reparación endovascular. Dada la anatomía del arco, se planificó implante de endoprótesis torácica con rama para subclavia izquierda y fenestración in situ para preservar ambas arterias.

Metodología

Abordaje percutáneo femoral y humeral bilateral con técnica "through-and-through". Arteriografía desde aorta ascendente para ajuste de fusión 3D. Se implantó endoprótesis custom-made 28x22x150 mm con rama de 10 mm para subclavia izquierda. Pre-colocación de introductor por subclavia derecha antes de liberar la prótesis. Tras despliegue correcto, se efectuó fenestración de la prótesis a nivel del ostium de subclavia derecha mediante catéter deflectable 6.5 Fr 9 mm y láser Excímer fibra 0.9 mm. Se realizó predilatación progresiva (3-6 mm) de la fenestración y posterior implante de stent cubierto balón-expandible 5x59 mm con flared proximal

Resultados

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

Conclusiones

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

18:00 - 18:05

67 Utilidad del ivus (ultrasonido intravascular) en el diagnóstico de la endofibrosis ilíaca.

Lucia Real Lora, Estefania San Gines Bahillo, Fernando Benito Mira, Arturo Ferreiro-Mazon Garcia-Plata, Lucas Alvarez Garcia, Manuel Javier Vallina-Victorero Alvarez, Alicia Fernandez Perez Hospital Universitario de Cabueñes, Gijon, España

Sección **Panel de casos clínicos: menos de tres casos**

Objetivos

Describir la utilidad del IVUS como herramienta en el diagnóstico diferencial en una paciente con clínica compatible con endofibrosis ilíaca y pruebas de imagen no concluyentes.

Material

Mujer de 47 años, deportista de alta intensidad, sin antecedentes médicos de interés, acude derivada desde otro centro, con sintomatología consistente en parestesias y claudicación glútea de miembro inferior izquierdo, desencadenada con el ejercicio intenso y con resolución tras el reposo. En la exploración física, destaca la presencia de pulsos distales simétricos con una disminución de la amplitud del pulso femoral izquierdo respecto al contralateral.

Metodología

Inicialmente en otro centro se realizó un angio-TC y una arteriografía de miembros inferiores que no mostraron hallazgos patológicos significativos. Ante la alta sospecha clínica, se repitió la arteriografía diagnóstica del eje ilíaco izquierdo, que se completó con el uso de IVUS para una valoración precisa de la morfología de la pared arterial y el grado de estenosis.

Resultados

En la serie arteriográfica inicial se visualizó una zona de irregularidad en el tercio medio de la arteria ilíaca externa izquierda. Mediante IVUS se visualizó una señal hiperecogénica en dicha arteria y se cuantificó una estenosis de área del 60% respecto al diámetro distal de la misma. Tras la confirmación de la lesión, se decidió realizar un abordaje quirúrgico mediante tromboendarterectomía (TEA) ilíaca, confirmando visualmente el engrosamiento de la íntima.

Conclusiones

La endofibrosis ilíaca es una patología de difícil diagnóstico, debido a que las pruebas de imagen convencionales pueden ser no concluyentes en pacientes sin factores de riesgo cardiovascular. El IVUS se consolida como una herramienta de apoyo fundamental para la confirmación de la lesión y la planificación quirúrgica. A los seis meses tras el procedimiento, la paciente presenta una resolución completa de la sintomatología y ha retornado a su actividad deportiva habitual sin limitaciones.

Viernes 29 de mayo

PANELES (11:00h – 12:00h)

11:00 - 11:05

165 Manejo conservador de la infección de endoprótesis aórtica torácica: a propósito de un caso

Marina Navarro Sáez, Blanca Expósito Camacho, Miguel Ignacio Herrero Marco, Ignacio Querol Cisneros, Sandra Vicente Jiménez, Luis De Benito Fernández
Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, España

Sección **Panel de casos clínicos: menos de tres casos**

Objetivos

La reparación endovascular de la aorta torácica (TEVAR) se ha consolidado como tratamiento de primera línea para múltiples patologías aórticas. No obstante, la infección de la endoprótesis, aunque infrecuente, constituye una de las complicaciones más graves, asociándose a elevada morbimortalidad, especialmente cuando se acompaña de fístulas aortoentéricas o aortoesofágicas. El tratamiento estándar es el explante quirúrgico del injerto, opción no siempre viable en pacientes de alto riesgo.

El objetivo fue describir la evolución clínica y radiológica de un caso de infección de endoprótesis aórtica torácica complicada con fístula aorto-esofágica manejado de forma conservadora, y revisar el papel del manejo no quirúrgico en pacientes no candidatos a cirugía.

Material

Se presenta el caso de una mujer de 81 años intervenida de urgencia mediante TEVAR por rotura contenida de aneurisma de aorta torácica descendente. Cinco meses después, ingresó por sepsis con sospecha de infección protésica.

Metodología

El angio-TC y el PET-TC evidenciaron colección periprotésica infectada con afectación vertebral y pulmonar, y posteriormente hallazgos compatibles con fístula aorto-esofágica. Ante la imposibilidad de explante protésico por elevado riesgo quirúrgico, se optó por manejo conservador con antibioterapia prolongada y seguimiento clínico-radiológico estrecho.

Resultados

La paciente recibió tratamiento antibiótico intravenoso de amplio espectro durante 12 semanas, con posterior desescalada a antibioterapia oral supresora crónica. Durante el seguimiento se objetivó mejoría clínica progresiva, normalización de parámetros inflamatorios y reducción significativa de los cambios inflamatorios periprotésicos, con resolución del hematoma mediastínico y disminución del gas ectópico en los estudios de imagen.

El seguimiento fue de 16 meses desde la colocación de la endoprótesis y 12 meses tras el inicio de la antibioterapia. El último angio-TC mostró estabilidad de los hallazgos, sin progresión de la infección. Actualmente, la paciente presenta evolución clínica favorable, sin complicaciones.

Conclusiones

La infección de endoprótesis aórtica torácica continúa siendo una entidad de manejo complejo. Aunque el explante quirúrgico sigue siendo el tratamiento de referencia, el manejo conservador con antibioterapia prolongada puede ser una alternativa válida en pacientes seleccionados no candidatos a cirugía. Una adecuada selección de casos, junto con un seguimiento clínico-radiológico estrecho, resulta clave para optimizar los resultados a largo plazo.

11:05 - 11:10

86 Tratamiento quirúrgico asistido con neuromonitorización de un aneurisma verdadero de la arteria facial

Maria Mascaró Oliver, Alba León Jorba, Delia Paola Ceballos Saenz, Juan Luís Martínez Pérez, Mar Abadal Jou, Alina Velescu .

Hospital del Mar, Barcelona, España

Sección **Panel de casos clínicos: menos de tres casos**

Objetivos

Los aneurismas verdaderos de la arteria facial son entidades excepcionales (nueve casos descritos). El tratamiento puede ser quirúrgico o endovascular, este último asociado a más complicaciones. La cirugía abierta conlleva riesgo de lesión del nervio facial debido a la proximidad anatómica de sus ramas. Se presenta un caso de resección abierta de un aneurisma verdadero aterosclerótico de la arteria facial asistida mediante neuromonitorización intraoperatoria del nervio facial, como estrategia para minimizar el riesgo neurológico.

Material

Varón de 79 años, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia y portador de marcapasos por bloqueo auriculoventricular completo, que consultó por una masa indolora y pulsátil en la región submandibular derecha de 2-3 meses de evolución, sin antecedente traumático ni cirugía previas.

Metodología

El diagnóstico se realizó mediante angio-TC cervical, que evidenció un aneurisma de la arteria facial derecha de 18 mm localizado en la región submaxilar.

Resultados

Se realizó la escisión quirúrgica del aneurisma bajo una neuromonitorización intraoperatoria continua del nervio facial consistente en potenciales evocados motores cortico-bulbares, electromiografía de actividad espontánea y mapeo puntual con estimulador bipolar, que permitieron la identificación de la rama mandibular marginal durante la resección. Inicialmente, se identificó el aneurisma sin visualización directa del nervio; sin embargo, durante la disección del borde craneal se registraron descargas electromiográficas breves, lo que obligó a realizar una disección particularmente cuidadosa del saco aneurismático en dicho plano, identificándose tras la resección del mismo la rama mandibular marginal íntegra. La evolución postoperatoria fue favorable, presentando únicamente un hematoma periincisional leve y autolimitado, sin déficit neurológico. El estudio anatomopatológico confirmó la presencia de un aneurisma verdadero aterosclerótico.

Conclusiones

El aneurisma verdadero de la arteria facial es una causa infrecuente de masa submandibular pulsátil. La neuromonitorización del nervio facial constituye una estrategia clave para la identificación y preservación de las ramas nerviosas y la minimización de complicaciones neurológicas durante la resección del aneurisma.

11:10 - 11:15

239 Síndrome de kasabach merrit like en aneurisma de aorta abdominal: a propósito de un caso.

Tania Bustamante Apaza, Alba Mendez Fernandez, Maria Rey Bascuas, Cristian Rojas Molina, Santiago Valencia Arredondo

Hospital Clinico de Santiago, Santiago De Compostela, España

Sección **Panel de casos clínicos: menos de tres casos**

Objetivos

Presentar el caso de un paciente con síndrome de Kassabach Merritt Like en aneurisma de aorta abdominal, tratado en nuestro mediante reparación endovascular.

Material

Información relativa a la paciente disponible en el centro. Literatura científica en relación con el caso.

Material multimedia relativo a pruebas de imagen y tratamiento quirúrgico.

Metodología

Revisión de la literatura relativa a síndrome de Kassabach Merritt like en aneurismas entre 2000-2025. Descripción de los métodos diagnóstico y tratamiento.

Resultados

Varón de 80 años independiente , con antecedentes de esclerosis valvular aórtica, remitido por aparición progresiva de hematomas y petequias, analítica inicial con trombopenia moderada >50.000 pq/mc y con coagulopatía compatible con coagulación intravascular diseminada (CID).

El TAC mostro un aneurisma de aorta abdominal infrarrenal de 7,4 cm con trombo mural y sangrado intratrombo, considerado causa probable de CID, tras realizar estudio minucioso descartando infecciones , neoplasias y hemopatias.

El paciente recibió tratamiento por mas de una semana con unidades de plasma fresco congelado, vitamina K y fibrinogeno, hasta obtener niveles óptimos de coagulación , momento en el que fue intervenido de exclusión del aneurisma. Mediante de implante de Endoprótesis aortoiliaca ramificada mas embolización de hipogastrica. Obteniendo como resultado resolución de la coagulopatía, hasta valores dentro de la normalidad.

Conclusiones

Un aneurisma de aorta abdominal (AAA) grande, especialmente cuando continentemente un trombo mural, puede producir una CID, por activación constante de la coagulación dentro del saco aneurismático. El resultado es una formación continua de microtrombos intraluminales del aneurisma. Este proceso consume fibrinogeno, plaquetas y factores de coagulación, generando una CID crónica.

Si además si hay sangrado intratrombo o ulceración del aneurisma, la activación se intensifica y puede hacerse aguda o descompensada, con manifestaciones hemorrágicas.

Este fenómeno se conoce clásicamente como "CID asociada a aneurisma aórtico" o " Síndrome de Kassabach Merritt like del aneurisma".

Se ha documentado en múltiple series y revisiones y se estima que hasta el 5-10% de los aneurismas aórticos grandes, pueden desarrollar cierto grado de CID.

La CID secundaria a aneurisma aórtico, no se resuelve con hemoterapia o transfusiones aislada; solo mejora de forma definitiva tras la reparación quirúrgica del aneurisma.

11:15 - 11:20

52 Mattox: una maniobra poco conocida de gran utilidad en la cirugía aórtica compleja

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

Sección Panel de casos clínicos: menos de tres casos

Objetivos

El tratamiento endovascular ha ampliado las opciones terapéuticas en la patología aórtica compleja; sin embargo, en una selección de pacientes con anatomía desfavorable no se puede realizar. En estos casos, la cirugía abierta continúa siendo la opción de elección, requiriendo en ocasiones maniobras quirúrgicas específicas, como la de Mattox.

A continuación, presentamos un caso de un paciente con un aneurisma toracoabdominal (ATA) tipo IV con patología asociada de ambas renales y viscerales.

Material

Varón de 58 años, HTA y ERC (creatinina 1.37mg/dL) que derivan desde otro centro por un ATA tipo IV de 71mm de diámetro máximo con estenosis larga de arteria renal derecha (RD), aneurisma fusiforme de gran tamaño hasta el hilio en renal izquierda (RI) y estenosis crítica en origen de tronco celiaco (TC).

Metodología

El 17/04/2024 se lleva a cabo el primer tiempo quirúrgico mediante stent VBX 6x29mm desde origen a hilio renal en RD. El 27/04/2025 se realiza el segundo tiempo mediante exclusión de un ATA mediante un bypass aortoiliofemoral izquierdo con prótesis de Coselli de 22mm. Laparotomía media, toracotomía y frenotomía. Mediante maniobra de Mattox se consigue acceso a la aorta visceral supramesocólica, así como control de los primeros centímetros de las arterias viscerales y exposición completa de RI. Clampaje secuencial con perfusión continua de viscerales mediante ECMO femorofemoral izquierdo y protección de renales con custodiol frío. Anastomosis TT independiente de las ramas, en el siguiente orden: AMS, RI (previa neobifurcación de polares), RD (incluyendo stent previo) y TC. Tiempos de isquemia de 20 minutos para renales y de 10min para viscerales.

Resultados

Extubación en las primeras 24h sin datos de isquemia medular. Deterioro de la función renal con creatinina pico al tercer día de 3.85mg/dL, que mejora sin necesidad de terapia sustitutiva. Ascitis quillosa que se soluciona con dieta baja en grasa. AngioTAC de control con permeabilidad de bypass y sin defectos en las anastomosis de las ramas.

Conclusiones

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

11:20 - 11:25

97 Arteria mesentérica inferior, la gran olvidada

Laura Torrego Álvarez, Oliver Bonnelly González, Julián David Flórez García, Sara Merchán Cristeto, Xavier Patricio Jácome Tapia, José Antonio Carnicero Martínez
Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España

Sección **Panel de casos clínicos: menos de tres casos**

Objetivos

La colitis isquémica tras la reparación de aneurisma de aorta tiene una frecuencia del 1-2%. Para prevenirla, existen diferentes estrategias en el contexto de un paciente sin colateralidad ni enfermedad previa, como la preservación de la arteria mesentérica inferior (AMI) mediante técnicas como el Ch-EVAR. El objetivo principal es realizar una revisión de la literatura a partir de un caso.

Material

Varón de 81 años, con dislipemia y enfermedad renal crónica. Presenta hallazgo incidental en Angio-TC de aneurisma infrarrenal fusiforme de 75mm, aneurisma iliaco derecho de 44mm e izquierdo de 66mm con oclusión de ambas hipogástricas. Permeabilidad de troncos viscerales con AMI de 7mm de diámetro.

Se decide intervención quirúrgica programada. Se realiza abordaje de ambas femorales comunes y humeral izquierda. Se cateteriza anterógradamente AMI y se implanta distalmente prótesis Viabahn® de 7*100 y proximalmente VBX® de 7*79 para realización de ballooning simultáneo con prótesis Endurant II® vía femoral derecha con extensión a iliacas externas. En control arteriográfico final no se visualizaron endofugas pero se halló trombosis de rama derecha por lo que fue preciso la realización de trombectomía sin otras incidencias.

Metodología

Revisión retrospectiva de historia clínica y estudios complementarios del paciente, así como narrativa de la evidencia disponible acerca de la preservación de la AMI.

Resultados

Permanece hospitalizado nueve días por persistencia de febrícula postoperatoria, sin signos de complicación ni de infección en heridas quirúrgicas, sospechando síndrome de postimplantación. Seguimiento al mes, seis meses y al año, encontrándose asintomático con TC de control sin alteraciones, con permeabilidad protésica y de AMI sin hallazgos de endofugas y con regresión del tamaño aneurismático.

Conclusiones

En ocasiones, la preservación de la AMI puede ser necesaria para reducir el riesgo de colitis isquémica. Por ello es importante identificar los factores de riesgo e individualizar cada caso. El auge del uso de las prótesis ramificadas y fenestradas hacen factible su preservación. No obstante, en ciertas situaciones, la técnica Ch-EVAR puede ser una técnica de recurso aceptable.

11:25 - 11:30

82 Tratamiento endovascular de vena cava en el manejo integral del paciente en hemodiálisis: serie de casos

Samuel Pérez Suárez, Pilar Caridad Morata Barrado, Iñigo Calvo Larraz, Beatriz García Fresnillo, Julio Reina Barrera, Mercedes Guerra Requena

Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España

Sección **Panel de casos clínicos: tres o más casos**

Objetivos

El desarrollo de lesiones obstructivas en la vena cava en pacientes en hemodiálisis(HD) puede comprometer su último acceso vascular. Presentamos una serie de casos intervenidos en nuestro servicio mediante tratamiento endovascular(TEV) de vena cava superior(VCS) y/o vena cava inferior(VCI) con compromiso del acceso vascular.

Material

Se incluyen cuatro pacientes en HD intervenidos entre 2021 y 2025. Dos pacientes se dializaban por catéter yugular(CY), otro por catéter peritoneal y el cuarto por CY tras trombosis de FAV húmero-axilar izquierda. Todos presentaban disfunción del acceso. Además, dos pacientes desarrollaron clínica compatible con síndrome de VCS. Las lesiones tratadas fueron: estenosis de VCS en dos casos asociadas a estenosis del tronco braquiocefálico derecho, y vena subclavia en uno de ellos; estenosis severa de VCS y VCI en el tercer caso y oclusión de VCS y VCI en el restante.

Metodología

Abordaje: punción de vena basilica en un caso; de vena femoral común en otro; a través del catéter de HD disfuncionante en vena yugular derecha(YD) en otro paciente. En el último caso acceso combinado femoral-YD (through-through) mediante punción femoral y abordaje quirúrgico abierto de vena YD. En todos se realizó angioplastia, con colocación de dos stents en dos pacientes (Wallstent® y Abre® respectivamente) y un stent Wallstent® en cada uno de los dos restantes. Se asoció recambio o recolocación del CY previo en dos pacientes, e implantación de catéter (uno en vena subclavia y otro en yugular) en los restantes. Además, en un paciente se asoció la realización de FAV radio-cefálica.

Resultados

Tras la intervención, todos pudieron realizar HD mediante catéter y no se registraron complicaciones perioperatorias destacables. Seguimiento mediano de 6 meses, constatándose permeabilidad de los stents. Dos pacientes en espera de trasplante renal. Una paciente falleció por sepsis secundaria a gangrena de Fournier.

Conclusiones

El TEV de VCS y/o VCI constituye una opción eficaz para preservar la permeabilidad de accesos vasculares en pacientes sin otras alternativas, prolongando la supervivencia y optimizando el manejo clínico. Esto refuerza el papel de la cirugía endovascular como herramienta en el tratamiento integral del paciente en hemodiálisis.

11:30 - 11:35

141 Tratamiento de la estenosis venosa central en accesos vasculares disfuncionantes

Marina Navarro Sáez, Blanca Expósito Camacho, Miguel Ignacio Herrero Camacho, Ignacio Querol Cisneros, Sandra Vicente Jiménez, Miguel Gutiérrez Baz, Luis De Benito Fernández
Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, España

Sección Panel de casos clínicos: tres o más casos

Objetivos

Las estenosis venosas centrales (EVC) pueden provocar disfunción del acceso vascular en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC), además de clínica de Síndrome de Vena Cava Superior (SVCS), y se asocian a la colocación previa de catéteres venosos centrales (CVC). El objetivo del estudio fue evaluar la permeabilidad del acceso vascular tras el tratamiento de la EVC en accesos disfuncionantes.

Material

Estudio descriptivo y retrospectivo que incluyó seis pacientes con ERC portadores de accesos vasculares, diagnosticados de EVC entre octubre de 2017 y diciembre de 2025 mediante fistulografía.

Metodología

Se analizaron variables clínicas (desarrollo de SVCS o disfunción del acceso por presiones elevadas), anatómicas (localización y grado de estenosis u oclusión central, punto de acceso endovascular) e intervencionistas (angioplastia o implantación de stent, incidencia de reestenosis y permeabilidad del acceso vascular).

Resultados

De los seis pacientes evaluados, 66% eran varones, con edad media $59 \pm 15,3$ años, todos previamente portadores de CVC. De los seis casos, un paciente desarrolló SVCS y cinco presentaron disfunción del acceso, asociando en dos de ellos edema en miembro superior. La intervención inicial en los seis casos consistió en la revascularización endovascular mediante angioplastia de alta presión, asociando implante de stent central en tres pacientes diagnosticados de oclusión o estenosis crítica en VCS o TBC, mediante acceso venoso femoral. La mediana de seguimiento fue 28,5 meses. Se objetivó disfunción del acceso vascular por reestenosis central en cuatro pacientes, principalmente en los primeros 12 meses. Todos fueron reintervenidos mediante angioplastia, asociando implante de stent solapado en un caso, a través de punción del PTFE. Actualmente, cinco pacientes mantienen acceso vascular funcional, con resolución completa de la sintomatología en el paciente con SVCS.

Conclusiones

El tratamiento endovascular de las EVC ha permitido mantener la permeabilidad y funcionalidad de todos los accesos vasculares incluidos en nuestro estudio, asegurando la continuidad de las sesiones de hemodiálisis a través del acceso existente, y reduciendo la necesidad de colocación de CVC.

11:35 - 11:40

197 Reconstrucción del eje portal mediante injerto autólogo de vena esplénica en cirugía pancreática compleja

David Alejandro Vargas Larriva, José Raúl García Casas, Rodrigo Fernández González, Marta González Fernandes, Esther Castillo Mañas, Carlos Sebastián Hernández Obando
Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra, Pontevedra, España
Sección **Panel de casos clínicos: menos de tres casos**

Objetivos

Describir la reconstrucción del eje portomesentérico mediante injerto autólogo de vena esplénica en el contexto de duodenopancreatectomía total con esplenectomía por adenocarcinoma de cabeza de páncreas tras tratamiento neoadyuvante.

Material

Paciente previamente independiente diagnosticado de adenocarcinoma ductal de cabeza de páncreas tras estudio por ictericia obstructiva. El TC inicial mostró masa de 4,4 cm con contacto aproximado del 25% con la confluencia portomesentérica, sin afectación arterial. La ecoendoscopia con PAAF confirmó adenocarcinoma ductal (pMMR). Se colocó prótesis biliar metálica y se inició tratamiento neoadyuvante con mFOLFIRINOX.

Tras completar la neoadyuvancia, el TC evidenció reducción tumoral significativa, sin contacto arterial, pero persistencia de estenosis e infiltración de la confluencia portomesentérica y del tercio proximal de la vena mesentérica superior, con desarrollo de circulación colateral. Se indicó resección quirúrgica con intención curativa.

Metodología

Se realizó laparotomía subcostal bilateral. Tras descartar enfermedad a distancia, se objetivó infiltración tumoral de la vena porta en la confluencia con la vena esplénica. Se practicó duodenopancreatectomía total asociada a esplenectomía. La decisión de realizar esplenectomía permitió disponer de la vena esplénica como conducto autólogo para la reconstrucción vascular. Se efectuó resección segmentaria del eje portal y reconstrucción mediante injerto interpuesto de vena esplénica, con anastomosis término-terminal con adecuada permeabilidad tras el desclampaje. Debido a inestabilidad hemodinámica intraoperatoria, se difirió la reconstrucción digestiva, realizándose cierre abdominal temporal y completándose en un segundo tiempo con hepaticoyeyunostomía en Y de Roux y reconstrucción digestiva definitiva.

Resultados

La reconstrucción vascular mostró adecuada permeabilidad intraoperatoria y en el postoperatorio inmediato. La evolución fue favorable, sin complicaciones trombóticas, hemorrágicas ni disfunción hepática. Se instauró anticoagulación terapéutica precoz, con recuperación clínica progresiva.

Conclusiones

La reconstrucción del eje portal mediante injerto autólogo de vena esplénica, aprovechando la esplenectomía planificada, constituye una opción segura y eficaz en cirugía pancreática compleja. Esta estrategia evita el uso de material protésico y amplía los criterios de reseabilidad vascular en pacientes seleccionados.

11:40 - 11:45

32 Infecciones de prótesis vasculares: serie de 14 casos y retos en su manejo

71 Congreso SEACVE · 26 - 29 Mayo 2026 · Sitges

Paula Herrera Varas, Laura Pastor Alconchel, Ana Torada Aguilera, Barbara Bodega Martínez, Salvador Martínez Melendez

Hospital General Universitario de Castellón, Castellón De La Plana, España

Sección **Panel de casos clínicos: tres o más casos**

Objetivos

- Describir las características clínicas y microbiológicas de una serie de pacientes con infección de prótesis vascular.
- Analizar el manejo terapéutico y los resultados clínicos.

Material

Pacientes diagnosticados de infección de prótesis vascular en nuestro centro, entre enero de 2023 y diciembre de 2025.

Metodología

Serie de casos, estudio observacional retrospectivo.

Resultados

Se analizaron un total de 13 pacientes con 14 casos de infección protésica, con una media de edad de 62.6 años. El 69.2% eran hipertensos y 53.8% fumadores.

Como procedimiento inicial el 78.9% recibió un bypass en miembros inferiores (54.5% PTFE, 18.2% prótesis biológica y 18.2% vena safena interna), 14.3% un parche de pericardio bovino y un caso de exclusión endovascular de un aneurisma micótico.

Se realizó prueba de imagen para su diagnóstico, al menos 3 meses tras la intervención primaria, en el 42.9% de los casos (hallazgos positivos en PET-TC en el 50% de los casos). De los cultivos protésicos el 78.6% resultaron positivos con un 71.4% de agentes bacterianos y tan solo un caso de infección fúngica.

A todos se les administró terapia antibiótica dirigida indefinida contando con un equipo multidisciplinar (unidad de infecciosas y microbiología).

El tratamiento quirúrgico fue conservador en 1 caso, realizando explante de prótesis los restantes. De estos casos se realizó un nuevo bypass en un 76.9% (63.6% in situ y 36.4% extraanatómico).

El tiempo medio libre de infección fue de 12.4 meses con una mediana de 1.3 meses (0.13-109).

La tasa media de seguimiento total fue de 18.4 meses con una mediana de 10 meses (1-127).

6 pacientes fallecieron durante el seguimiento, relacionándose la mitad con la infección protésica, 2 de ellos fallecieron durante el mismo ingreso de implante de la prótesis.

Conclusiones

Las infecciones de prótesis vasculares constituyen una complicación poco frecuente pero de elevada gravedad, que requiere un alto índice de sospecha diagnóstica. El manejo quirúrgico individualizado, asociado a antibioterapia prolongada y a un abordaje multidisciplinar, resulta clave para optimizar los resultados clínicos.

11:45 - 11:50

104 Diagnóstico de seroma intrasaco en seguimiento de endoprótesis bifurcada

Marina Gracia Sobradie, Gabriel Cristian Inaraja Pérez, Alejandra Vázquez Tolosa, Iván Andrés Higuera Jaramillo, Eva María Martín Herrero, Abel Vélez Lomana
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

Sección **Panel de casos clínicos: menos de tres casos**

Objetivos

Presentar la técnica empleada para el diagnóstico y drenaje de un seroma intrasaco que simulaba una endofuga.

Material

El material de estudio estuvo constituido por un paciente de 72 años atendido en nuestro centro.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo tipo caso clínico, retrospectivo y observacional de un paciente atendido por nuestro servicio.

Resultados

Varón de 72 años, con antecedentes de tabaquismo, diabetes mellitus tipo 2 y resección intestinal, intervenido en nuestro centro en 2019 por aneurisma de aorta abdominal mediante la colocación de endoprótesis bifurcada y plastia femoral izquierda con parche de pericardio bovino. Durante el seguimiento con prueba de imagen (AngioTAC) se objetiva crecimiento del saco aneurismático de hasta 107 mm, con controles previos de 94mm. (pon lo que medía inicialmente)

El paciente es intervenido de manera programada, cateterizando el saco y extrayendo 160 cc de material líquido oscuro, sellando la puerta de entrada con una extensión ilíaca. El resultado del cultivo fue negativo.

Actualmente paciente en seguimiento pendiente de realización de gammagrafía con leucocitos y PET-TAC.

Conclusiones

El crecimiento del saco aneurismático exige un diagnóstico diferencial, y aunque las endofugas son la causa más frecuente, hay que descartar que sea un seroma periprotésico. Las causas de dicha colección son desconocidas, y se cree que puede ser un ultrafiltrado del plasma o una reacción a cuerpo extraño al material protésico.

11:50 - 11:55

169 Desafíos en el manejo a largo plazo de las complicaciones aneurismáticas secundarias a traumatismo vascular periférico por perdigones: presentación de un caso infrecuente

Asmae Frej ., Jennifer Díaz Cruz, Cesar Aparicio Martinez, Ciro Baeza Bermejillo
Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

Sección **Panel de casos clínicos: menos de tres casos**

Objetivos

Los traumatismos vasculares periféricos por perdigones son lesiones poco comunes pero potencialmente graves, que pueden dar lugar a una serie de complicaciones a largo plazo, entre las cuales se incluye la formación de aneurismas en la localización de la lesión vascular, representando, por lo tanto, un desafío clínico importante. Nuestro objetivo consiste en presentar un caso poco frecuente de dilatación aneurismática de la arteria femoral superficial (AFS), tras la formación de fístulas arteriovenosas (FAV) secundarias a traumatismos por perdigones.

Material

Material y Métodos:

Se describe el caso de un paciente de 70 años con antecedente de traumatismo por múltiples perdigones en el año 1980. Posteriormente, se observa la formación de dos FAV a nivel de la transición femoropoplítea en el miembro inferior izquierdo, con degeneración aneurismática posterior. En 2015, se excluyen las FAV mediante la colocación exitosa de dos stents recubiertos. Sin embargo, ocho años después, durante el seguimiento, se detecta la desconexión de los stents y la dilatación de la AFS hasta 29mm, confirmada mediante ecografía y angioTAC.

Metodología

Se incluye en el apartado anterior.

Resultados

El paciente ingresó de manera programada en Noviembre de 2023 para la reparación del aneurisma de la AFS mediante la realización de un bypass femoropoplíteo distal izquierdo con vena safena interna in situ. Además se realiza ligadura de la AFS y de la arteria poplítea para excluir las FAV. El procedimiento transcurre sin incidencias, y en la revisión postquirúrgica el paciente se encontraba asintomático desde el punto de vista vascular.

Conclusiones

Este caso resalta la importancia del reconocimiento y el manejo oportuno de las complicaciones aneurismáticas secundarias a traumatismos vasculares periféricos por perdigones. Se destaca, por lo tanto, la necesidad de un seguimiento a largo plazo para evaluar la eficacia del tratamiento y detectar cualquier complicación tardía. Además, es importante la selección adecuada de las técnicas terapéuticas para mejorar los resultados clínicos y reducir las complicaciones a largo plazo en estos pacientes.

11:55 - 12:00

75 Glomangioma extradigital en antebrazo: diagnóstico y tratamiento quirúrgico. reporte de un caso.

Francina Rocamora Horrach, Agustin Minguez Bautista, Krystell Daniela Escoto Theodoracopoulos, Ainhoa Figuérez Marcos, Ines Castillo Diaz, Pascual Lozano Vilardell
Hospital Universitario Son Espases, Palma De Mallorca, España

Sección Panel de casos clínicos: menos de tres casos

Objetivos

Describir un caso de glomangioma extradigital en antebrazo, analizar su presentación clínica y radiológica, destacando la relevancia de su diagnóstico precoz y su potencial comportamiento agresivo.

Material

Paciente varón de 66 años que consulta por masa dolorosa en la cara medial del antebrazo, con dolor intenso y calambres al mínimo contacto.

Metodología

Se realiza ecografía Doppler (DUS) y resonancia magnética (RM).

Resultados

La DUS reveló una masa bien delimitada y vascularizada, en relación con la vena basilíca. La RM mostró una lesión subcutánea nodular, hiperintensa en T2 y con realce tras contraste, sin infiltración muscular ni ósea.

Dada la clínica y hallazgos radiológicos, se indica exéresis quirúrgica completa bajo anestesia local.

El análisis histológico confirma glomangioma: tumor bien circunscrito, altamente vascularizado, con células glómicas perivasculares positivas para calponina y actina de músculo liso, sin signos de malignidad.

La evolución ha sido favorable, con resolución del dolor en el postoperatorio inmediato.

Conclusiones

La revisión bibliográfica confirma la rareza de esta localización y el frecuente retraso diagnóstico (hasta décadas). El glomangioma extradigital es una entidad poco frecuente pero clínicamente relevante, que puede causar dolor intenso y deterioro funcional significativo. La sospecha clínica sigue siendo clave, ya que las pruebas de imagen son orientativas, pero no diagnósticas.

Es importante incluirlo en el diagnóstico diferencial de masas dolorosas de miembro superior por su posible comportamiento agresivo, ya que se han descrito glomangiomas extradigitales recurrentes y de potencial maligno. La exéresis quirúrgica completa es el tratamiento de elección y permite tanto el alivio sintomático como la confirmación histológica.

71 Congreso **SEACVE** · 26 - 29 Mayo 2026 · **Sitges**

Viernes 29 de mayo

PANELES (17:00h – 17:30h)

17:00 - 17:05

234 Leiomiomatosis intravascular de origen uterino con extensión cavoilíaca y masa pélvica compleja: abordaje multidisciplinar y retos terapéuticos.

Álvaro Vidal Ortiz, Cristina Cañibano Domínguez, Víctor Manuel Lozano Bouzon, Sofía Simón Bellón, Esther Estefanía Morris-Davies Peña, Jose Ramón March García
Hospital Universitario de Getafe, Getafe, España

Sección **Panel de casos clínicos: menos de tres casos**

Objetivos

Presentar nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgico ante un caso de leiomiomatosis intravascular de origen uterino asociada a masa pélvica compleja y trombosis extensa del eje venoso cavoilíaco así como sus resultados clínicos.

Material

Análisis descriptivo de un caso clínico en una paciente con leiomiomatosis intravascular diagnosticada mediante análisis anatomopatológico tras episodios recurrentes de dolor abdominal, fiebre e infecciones pélvicas.

Se recoge información epidemiológica, factores de riesgo cardiovascular, presentación clínica y pruebas de imagen diagnósticas. Se describe la técnica quirúrgica realizada. Se efectúa un análisis de seguimiento postoperatorio mediante revisiones clínicas y pruebas de imagen de control.

Metodología

Descripción de un caso clínico.

Resultados

Caso: Mujer de 48 años, con antecedentes de colecistectomía, trastorno adaptativo mixto y con antecedentes ginecológicos de útero miomatoso, endometritis e histerectomía subtotal + salpingectomía bilateral por diagnóstico de leiomiomas, que presenta durante el seguimiento episodios recurrentes de dolor abdominal, fiebre y complicaciones infecciosas pélvicas. En estudios de imagen se objetiva una masa pélvica polilobulada de gran tamaño, con características compatibles con leiomioma/endometriosis y compresión de estructuras adyacentes, asociada a hidronefrosis bilateral y necesidad de cateterización ureteral y tratamiento antibiótico intravenoso. De forma concomitante, se identifica ocupación intravascular extensa desde venas hipogástrica e ilíaca externa derecha hasta vena cava inferior. El estudio anatomopatológico demuestra proliferación de células musculares lisas compatible con leiomiomatosis intravascular. Se instaura tratamiento hormonal supresor y se realiza cirugía consistente en resección completa de la masa pélvica y del componente intravascular mediante laparotomía media, exposición de eje cavoiliaco y extirpación completa de dicho componente mediante venotomía con cierre directo posterior.

El postoperatorio inmediato transcurre sin incidencias.

En la prueba de imagen de seguimiento no se aprecia recidiva a nivel intravascular ni complicaciones postquirúrgicas.

Conclusiones

La leiomiomatosis intravascular es una entidad infrecuente que puede simular trombosis venosa extensa y asociarse a masas pélvicas complejas, generando importante morbimortalidad y dificultad diagnóstica.

El diagnóstico precoz y la planificación terapéutica en equipos multidisciplinarios son fundamentales para optimizar el tratamiento y reducir el riesgo de recurrencia, siendo la resección completa el objetivo principal siempre que sea técnicamente factible.

17:05 - 17:10

17 Exclusión endovascular de úlcera de cayado aórtico mediante endoprótesis fenestrada: a propósito de un caso.

Eva Álvarez García, Sergio Asensio Rodríguez, Sandra Pérez Fernández, Carlos Manuel García Padrón, M^a Isabel Rivera Rodríguez, M^a Lourdes Del Río Solá
Hospital Clínico Universitario Valladolid, Valladolid, España

Sección Panel de casos clínicos: menos de tres casos

Objetivos

Describir el tratamiento endovascular de una úlcera de cayado aórtico mediante endoprótesis fenestrada.

Material

Revisión de historia clínica, así como de pruebas complementarias de un paciente tratado en nuestro centro.

Metodología

Varón de 69 años con antecedentes de dislipemia, exfumador, ictus vertebro basilar y arteritis de células gigantes. Hallazgo casual en escáner de úlcera en cayado aórtico a nivel de salida de arteria subclavia izquierda.

Se planificó una estrategia quirúrgica en dos tiempos: bypass carótido-subclavio izquierdo y oclusión proximal de la arteria subclavia; y en un segundo tiempo, implante de endoprótesis semi-custom made Najuta, de la compañía SB-Kawasumi, con fenestraciones a tronco braquiocefálico y carótida izquierda y anclaje en zona cero. Liberación controlada con marcapasos temporal. Abordaje por disección femoral y humeral derechas.

Resultados

Posterior a la primera cirugía, que se realiza sin complicaciones, requiere de intervención precoz por hematoma cervical sin evidenciarse punto de sangrado.

Durante la segunda cirugía se produce rotura de arteria iliaca externa derecha que obliga a realizar reparación de la misma mediante endoprótesis cubierta e injerto ilio-femoral derecho.

A los ocho días de la cirugía se objetiva salida de contenido intestinal a través de herida quirúrgica inguinal, que requiere cirugía urgente por perforación de ileon terminal.

Postoperatorio tórpido en unidad de reanimación por hematomas con anemización secundarios a déficit de factor XIII.

Así mismo, infección de herida quirúrgica inguinal que requiere de retirada de injerto iliofemoral y realización de bypass extra-anatómico axilopoplíteo a primera porción de poplítea. Posterior cierre inguinal por segunda intención.

Durante su estancia en planta presenta cuadro coronario compatible con infarto agudo tipo 2 tratado de manera conservadora.

Respecto a la patología aórtica, en TAC de control exclusión correcta de la úlcera aórtica con permeabilidad de todos los troncos supraaórticos.

Conclusiones

La endoprótesis con fenestración es una opción de tratamiento para patología del arco aórtico sin requerir el abordaje de los troncos supraaórticos.

No obstante, no está exenta de complicaciones que requieren de un manejo multidisciplinar y un estudio preoperatorio exhaustivo del paciente.

17:10 - 17:15

9 Aneurismas viscerales

Lydia Rosa Rodríguez Rodríguez, Noemi Ortega Hernández, Marina Magán Taravilla, Laura Costa Pérez, Francisco Javier Molina Herrero, Gracia Perfecta Rodríguez Feijóo
Hospital, Ourense, España

Sección **Panel de casos clínicos: menos de tres casos**

Objetivos

Los aneurismas arteriales viscerales son una entidad poco frecuente con una prevalencia del 0,1-2%, de los cuales <0,5% son dependientes de la arteria mesentérica superior y sus ramas, siendo estos ligeramente más frecuentes en hombres. Hasta un tercio de los pacientes con esta patología, presentan aneurismas en arterias concomitantes. Se trata de una patología silente pero con posibilidad de evolución fatal por riesgo de rotura.

Material

Presentamos el caso de una mujer de 75 años años, hipertensa, sin otros antecedentes de interés que está siendo estudiada por posible colelitiasis.

Metodología

Tras la realización de varias pruebas de imagen, se observan dos aneurismas dependientes de la arteria pancreatoduodenal inferior, un tercero dependiente de la arteria pancreatoduodenal superior, y un cuarto aneurisma dependiente de la arteria esplénica.

Resultados

Se decide en sesión clínica la embolización de la arcada aneurismática (arcada pancreatoduodenal), con colocación de prótesis tipo flow-divertir por Radiología Intervencionista. Horas después la paciente comienza con náuseas, dolor abdominal e hipotensión, realizándose un AngioTC urgente con diagnóstico de trombosis del procedimiento endovascular y de la arteria mesentérica superior.

Se decide intervención quirúrgica urgente realizando un bypass aorto-mesentérica superior.

Tras una semana con muy buena evolución postquirúrgica, la paciente presenta dolor abdominal epigástrico, náuseas y vómitos realizándose un nuevo AngioTC urgente en el que se visualiza trombosis completa del bypass aortomesentérico.

Se decide nueva intervención quirúrgica urgente realizando un nuevo bypass aortomesentérico con anastomosis en la mesentérica más distal a la previamente realizada.

Tras la reintervención, la paciente evoluciona de forma favorable clínicamente. Presentó, como complicación postquirúrgica, un linfocele postquirúrgico en pared abdominal tratado con drenaje y terapia de presión negativa, siendo alta el 28º día postoperatorio.

Conclusiones

Los aneurismas viscerales, concretamente de la arcada pancreatoduodenal se asocian frecuentemente a la estenosis del tronco celíaco. Son una patología poco frecuente, silentes o asociados a síntomas atribuibles a otras causas. Sin embargo, constituyen una entidad con morbilidad y mortalidad no despreciables, teniendo opciones de tratamiento mediante cirugía abierta o endovascular.

17:15 - 17:20

61 Manejo multidisciplinar de disección aórtica tipo a con aneurisma abdominal concomitante.

Victor Martinez Valiente, Gonzalo Bueno Casanovas, Claudio Fernández Gallego, Elisabet Berastegui Garcia, Candela Otero Martinez, Mireia Cabot Paredes, Pere Altes Mas
Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona, España

Sección Panel de casos clínicos: menos de tres casos

Objetivos

Describir el manejo diagnóstico y terapéutico de pacientes con disección aórtica aguda asociada a aneurisma de aorta abdominal concomitante, analizando la estrategia quirúrgica secuencial entre cirugía cardíaca y cirugía vascular.

Material

Se presenta el manejo de un caso de disección aórtica con aneurisma de aorta complejo tratado mediante cirugía cardíaca urgente seguida de reconstrucción aórtica abdominal diferida por parte de cirugía vascular.

Metodología

Paciente masculino de 59 años que debuta con disección aórtica tipo A extensa. El angioTC inicial muestra un aneurisma abdominal concomitante de 68mm. Con origen de luz falsa del tronco celíaco, renal izquierda y mesentérica inferior; renal izquierda e ilíaca derecha hipoperfundidas. Se realiza de forma emergente sustitución de aorta ascendente mediante tubo de Dacron por parte de cirugía cardíaca con circulación extracorpórea. Tras estabilización clínica y reevaluación mediante angioTC postoperatorio, se muestra aneurisma de 70mm con disección asociada permeable y reperfusión de renal izquierda e ilíaca derecha. El caso se discute en comité multidisciplinar consensuando un intervalo de 4 meses para favorecer la estabilización de la lámina disecada, e indicando reconstrucción aórtica abdominal programada mediante bypass aortobifemoral.

Resultados

Se practicó bypass aórtico a femorales comunes bilaterales con apertura del saco aneurismático y reconstrucción del cuello proximal mediante septotomía de la lámina intimal. A nivel proximal se suturó un refuerzo con banda teflonada. El postoperatorio transcurrió sin incidencias. El angioTC de control confirmó permeabilidad del bypass y estabilidad de las reparaciones, sin signos de complicaciones.

Conclusiones

El abordaje escalonado de la disección aórtica tipo A con afectación aneurismática abdominal requiere una estrategia terapéutica coordinada entre los equipos de cirugía cardíaca y vascular. El cierre proximal de la disección favorece en muchos casos la reperfusión de territorios comprometidos. Así mismo la reconstrucción aórtica abdominal mediante septotomía de la lámina intimal y refuerzo con banda teflonada se presenta como una técnica eficaz para mejorar la estabilidad y durabilidad de la anastomosis en una aorta estructuralmente debilitada. El manejo multidisciplinar y la planificación secuencial del tratamiento permiten obtener resultados favorables en pacientes con compromiso de la integridad aórtica.

17:20 - 17:25

231 Impacto estructural de la pandemia en la actividad de un servicio de angiología y cirugía vascular: comparación entre la era precovid y el periodo actual.

Maria Marcet Recolons¹, Pablo Javier Salvaré Heikel¹, Javier Ramirez Ruiz¹, Raquel Chavez Abiega¹, Diego Enrique Sisa Elizeche¹, Kerbi Alejandro Guevara Noriega^{1,2}

1. Consorci Sanitari Parc Tauli, Sabadell, España
2. Hospital Universitari de Mataró, Mataró, España

Sección Panel de casos clínicos: menos de tres casos

Objetivos

La pandemia por COVID-19 produjo una reorganización asistencial sin precedentes en el sistema sanitario. El objetivo fue analizar la evolución de la actividad quirúrgica en revascularización de extremidades inferiores y patología aórtica, comparando la era preCOVID con el periodo actual, evaluando volumen, perfil de complejidad y tendencias asistenciales.

Material

Se realizó un análisis retrospectivo de la actividad quirúrgica de un hospital universitario público, comparando el periodo preCOVID (2016–2019) con el periodo actual (2023–2025). Se incluyeron procedimientos de revascularización de extremidades inferiores (isquemia crítica, isquemia aguda y enfermedad femoropoplítea) y cirugía aórtica (EVAR y cirugía abierta).

Metodología

Estudio observacional comparativo basado en registro prospectivo. Se analizaron volumen anual de procedimientos, proporción de patología urgente, distribución de estadios de isquemia, tipo de abordaje (endovascular vs abierto) y estancia hospitalaria media. Se compararon proporciones mediante chi-cuadrado y medias mediante test no paramétricos.

Resultados

El periodo actual mostró una recuperación del volumen quirúrgico respecto al descenso observado durante la pandemia, con incremento relativo de procedimientos urgentes y de isquemia avanzada. Se observó mayor proporción de abordajes endovasculares en patología aórtica y periférica respecto al periodo preCOVID. La estancia hospitalaria media tendió a reducirse en el periodo actual, reflejando cambios organizativos y optimización de recursos.

Conclusiones

La pandemia no solo redujo transitoriamente la actividad quirúrgica, sino que modificó de forma estructural el perfil asistencial del servicio, con mayor peso de patología urgente y consolidación del abordaje endovascular. El análisis longitudinal de la actividad permite identificar cambios en complejidad y planificación estratégica, fundamentales para la proyección futura de recursos en cirugía vascular.

17:25 - 17:30

202 Pero....¿dónde esta la fuga?

NEREA Mayo Lana, Jennifer Diaz Cruz, Ciro Baeza Bermejillo, Alejandro Gonzalez Garcia, Ana Begoña Arribas Diaz, Cesar Aparicio Martinez
Hospital Universitario Fundación Jimenez Diaz, Madrid, España

Sección **Panel de casos clínicos: menos de tres casos**

Objetivos

En ocasiones, las endofugas tras la colocación de endoprótesis ramificadas para la exclusión de un aneurisma de aorta abdominal (AAA) supone un reto diagnóstico en Cirugía Vasculat. El seguimiento de estas cirugías se realiza mediante AngioTAC donde, generalmente, no se objetiva adecuadamente de qué tipo de fuga se trata.

Material

Se presenta el caso de un varón de 72 años con antecedentes personales de fumador, alergia a contrastes iodados, dislipemia, cardiopatía isquémica con enfermedad coronaria y revascularización percutánea, tromboembolismo pulmonar, carcinoma de vejiga con cistoprostatectomía radical, hepatopatía crónica y deterioro cognitivo. El paciente presenta un AAA suprarrenal de 56mm. Se decidió tratamiento mediante la exclusión de su aneurisma de manera endovascular.

Metodología

En un primer tiempo se realizó una exclusión de su AAA mediante la colocación de un BEVAR (endoprótesis ramificada con ramas externas) por acceso femoral percutáneo bilateral y subclavio derecho. Se implanta una endoprótesis con 4 ramificaciones para tronco celiaco, arteria mesentérica superior y ambas renales. En todas ellas se implantan stents recubiertos balón-expandibles. Procedimiento realizado sin complicaciones y con correcto sellado del aneurisma con pequeña endofuga tipo II intraoperatoria por arterias lumbares.

Resultados

Se realizaron controles con AngioTAC al mes y al año de la cirugía presenciando una endofuga que impresionaba de tipo II por AMI y con crecimiento del saco aneurismático hasta los 61mm. Al año de la cirugía inicial se decide realizar una arteriografía diagnóstica sin objetivarse endofugas tipo I, II, III o IV, por lo que continua el seguimiento con nuevo AngioTAC. Al año y medio de la cirugía inicial y ante el crecimiento continuo del saco (65mm), se opta por realizar una nueva arteriografía objetivando una endofuga tipo III por fractura del stent renal izquierdo por lo que se implanta nuevo stent recubierto balón expandible con resultado satisfactorio. Al mes se realiza un nuevo AngioTAC con resolución de la fuga y estabilidad del saco aneurismático.

Conclusiones

La presencia de endofugas tras la colocación de endoprótesis aórticas supone una complicación a largo plazo de este tipo de reparación, con necesidad, en ocasiones, de técnicas diagnósticas invasivas e incluso reiteradas para objetivar el tipo de endofuga y tratarla.

17:30 - 17:35

119 Más allá del acceso femoral: limitaciones del acceso braquial y abordaje retrógrado distal como técnica de recurso

Irina Gallardo Moix, Miquel Gil Ollaria, Montserrat Esturrica Duch, Claudia Riera Hernández, Mireia Cabot Paredes, Pere Altés Mas

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, España

Sección **Panel de casos clínicos: menos de tres casos**

Objetivos

Describir un caso de revascularización endovascular compleja con patología multi-nivel (ilíaca-femoral-poplítea-distal), con ausencia de accesos femorales y limitaciones técnicas por acceso braquial, condicionando estrategia terapéutica y requiriendo abordaje distal, siguiendo la técnica PRESTO.

Material

Varón de 78 años, exfumador, con antecedentes de hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y cardiopatía isquémica. En 2022, presentó arteriopatía obliterante estadio IV (Fontaine) en miembro inferior derecho, con afectación multisectorial. Se intentó bypass aorto-bifemoral, pero la ausencia de vasos receptores adecuados y la mala evolución obligaron a amputación supracondílea derecha.

En noviembre de 2025, consulta por isquemia crítica de pierna izquierda, con mal control del dolor y lesiones digitales. La tomografía computarizada (TC) con contraste mostró estenosis preoclusivas a nivel iliofemoral y oclusión completa en femoral superficial, sin recanalización distal.

Metodología

Dada la ausencia de accesos femorales para el abordaje, se optó por un acceso percutáneo humeral izquierdo. La arteriografía confirmó los hallazgos de la TC.

Se realizó recanalización anterógrada hasta tercera porción poplítea y preparación del eje ilíaco y femoral común mediante litotricia y balón liberador de fármaco (Paclitaxel) como tratamiento definitivo.

Sin embargo, la longitud de la oclusión de la arteria femoral superficial, junto con la distancia inherente al acceso braquial, impidió que la longitud del sistema de liberación del stent alcanzara la lesión diana. Esto evidenció la limitación del abordaje braquial en lesiones largas y según las características antropométricas del paciente.

Ante esta situación, se decidió realizar un abordaje percutáneo retrógrado desde tercera porción poplítea, permitiendo la predilatación y colocación de tres stents Pulsar®, preservando el ostium de femoral superficial. Se completó el procedimiento con angioplastia de troncos distales.

Resultados

El paciente fue dado de alta sin complicaciones inmediatas. Al mes, los segmentos tratados seguían permeables y las lesiones cutáneas con evolución favorable.

Conclusiones

En pacientes con enfermedad arterial multi-nivel y sin opción de abordajes femorales, el acceso braquial puede representar una alternativa inicial. No obstante, en lesiones largas fémoro-poplíteas, la longitud limitada de los dispositivos puede impedir un tratamiento completo desde ese abordaje.

El acceso retrógrado poplíteo permite superar limitaciones técnicas; facilitando la revascularización completa en escenarios anatómicos complejos.

71 Congreso **SEACVE** · 26 - 29 Mayo 2026 · **Sitges**