

CACCV 2013

► RESÚMENES

PRESENTACIONES ORALES: CIRUGÍA VASCULAR / ENDOVASCULAR

ABORDAJES EN LA IMPLANTACIÓN DE ENDOPRÓTESIS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE AORTA TORÁCICA

Autores: Parra Salazar Juan José; Aceves José Luis; Díaz Guillermo; Archundia Abel; Parra José Álvaro; Parra Marco Antonio; Luna María Delfina; Jacobo Elias José

Introducción: El tratamiento endovascular de la enfermedad de aorta torácica se ha convertido en el tratamiento de elección con morbilidad y mortalidad muy baja. Se ha discutido en la literatura médica el abordaje ideal para la implantación de estos dispositivos intra-aórticos. Informamos nuestra experiencia con los abordajes vasculares en pacientes con disección y aneurisma de aorta torácica atendidos en el servicio de Cirugía Cardiotorácica del CMN 20 de noviembre.

Método: Analizamos la casuística de 25 pacientes sometidos a la implantación de endoprótesis en aorta torácica. Registramos las siguientes variables: Edad, sexo, factores de riesgo coronario, diagnóstico, tipos de abordajes vasculares, tipo y dimensiones de las endoprótesis y complicaciones. Revisamos sistemáticamente la información médica publicada en internet (PUBMED, ELSEVIER, Science Direct) para identificar la curva aprendizaje en la implantación de endoprótesis aórticas.

Resultados: La edad fue de 55 ± 12 años, el 88% fueron del sexo masculino y 12% del femenino. Fueron poseedores de Hipertensión Arterial Sistémica 88%, 8% con Diabetes Mellitus y con dislipidemia 16%. La disección tipo B estuvo presente en 76% (n=19) y tipo A 24% (n=6). El abordaje vascular predominante fue la ilíaca izquierda (52%) y la arteria femoral derecha (24%). Tabla 1 Solo se presentaron tres complicaciones (7%) que se resolvieron favorablemente en el transoperatorio: Dos requirieron interposición de injerto de dacrón recoagulado ilíaco-femoral y uno presentó trombosis aguda en el sitio de abordaje que ameritó exploración vascular. Se implantaron 40 endoprótesis GORE TAG y 1 caso recibió 2 endoprótesis CAPTIVA. Las dimensiones de las endoprótesis se pueden observar en la tabla 2.

Tabla 1 Abordajes vasculares para la implantación de Endoprótesis

Endoprótesis	n	%
Ilíaca izquierda	13	52
Ilíaca derecha	2	8
Femoral izquierda	2	8
Femoral derecha	6	24
Aorta ascendente	1	4
Aorta abdominal	1	4

Tabla 2 Dimensiones de las Endoprótesis implantadas

	n	%
40x20 cm	6	15
40x15 cm	3	8
37x20 cm	4	10
37x15 cm	3	8
35x20 cm	1	2
34x20 cm	5	12
34x15 cm	1	2
31x15 cm	9	23
28x15 cm	7	18
25x15 cm	1	2

Conclusión: El abordaje ilíaco izquierdo y femoral derecho son seguros y la terapia endovascular para la corrección de patología de aorta torácica es eficaz en el CMN 20 de noviembre, alcanzando la curva de aprendizaje en menor tiempo comparado con lo informado en la literatura médica mundial.

ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL INFLAMATORIO

Autores: Miguel A M Peirano; D Chikiar; D Nussebumb; J Coccio; M Scabbio; P F Salinas Rodriguez; P Duran Gomez; H Barone

Objetivo: Presentar los resultados del tratamiento endovascular del aneurisma de aorta inflamatorio (AAAI).

Introducción: El AAAI es una entidad diferente del resto de los aneurismas de aorta abdominal. El aumento de grosor de la pared arterial se produce a expensas de la fibrosis adventicial. Se caracteriza por: Engrosamiento de la pared aneurismática; cambios fibróticos y/o inflamatorios a nivel peri aneurismático y retroperitoneal y adhesiones a órganos abdominales adyacentes. Se han propuesto muchas hipótesis acerca de la etiología de los AAI: variedad de fibrosis retroperitoneal idiopática, teoría infecciosa, teoría autoinmunitaria, rotura oculta del aneurisma. Los aneurismas inflamatorios forman un grupo infrecuente de aneurisma. La edad de aparición es a partir de la quinta década de la vida. En su mayoría, se encuentran en la aorta abdominal infrarrenal. El proceso inflamatorio puede representar una respuesta al aneurisma en vez de su causa, porque su reparación se sigue de la resolución de la inflamación y de la fibrosis. La TC con contraste intravenoso proporciona una imagen representada como una estructura con 4 capas que, de adentro hacia fuera, comprenden la luz vascular, el trombo mural, la pared aórtica engrosada y la fibrosis asociada.

Materiales y Método: De los seis casos que hemos tenido en la consulta, a dos se le realizaron tratamiento endovascular con implante de endoproteesis, teniendo un paciente, un seguimiento de cuatro meses y el otro de cuatro años.

Conclusión: El tratamiento endovascular del aneurisma de Aorta inflamatorio, excluye el aneurisma, reduce tanto el saco aneurismático como también el proceso inflamatorio y la fibrosis periaórtica. El desarrollo de nuevos sistemas endovasculares (Endoproteesis y Stents), nos permite tratar por vía endovascular patologías cada vez más complejas.

ANEURISMAS POST CIRUGÍA DE COARTACIÓN AÓRTICA

Primer Autor: Eduardo Dulbecco

Autores: L Coletti; B Allori; G Villarroel; M Candioti; G Baez; G Samaniego; E Giménez; S Lucca; M Kalbermatten; C Cotti

Fundación Favaloro - Buenos Aires Argentina

Objetivo: Mostrar la resolución quirúrgica de 5 pacientes (ptes) con diagnóstico de aneurisma de aorta torácica descendente, posterior a cirugía de coartación aórtica (CAo) con parche sintético en la infancia.

Materiales y Métodos: Trabajo descriptivo de 5 casos electivos desde enero de 2006 hasta julio 2013. Estudiados con angiotomografía (ATC), resonancia magnética y ecocardiografía. Se les realizó tratamiento quirúrgico. Seguimiento con ATC y clínico.

Resultados: De 5 pacientes, 3 masculinos y 2 femeninos, edad entre 24 - 39 años. Dos asintomáticos, palpitaciones (1) y dolor interescapular (2). Por imágenes, compromiso de subclavia izquierda (2) y dilatación de raíz aórtica (1), resuelto en primer tiempo con cirugía de Tyrone David. Se reemplazo aorta torácica con prótesis de dacron y en 2 reimplante de subclavia izquierda. Cuatro paciente fueron con circulación extracorpórea (CEC) y doble perfusión anterograda (aorta ascendente) y retrograda (canulación femoral) y centrifuga con derivación atriofemoral (1). Normotermia (2) e hipotermia profunda (3). Una parada circulatoria y CEC de urgencia por rotura aneurismática intraoperatorio .Protección medular (3). Tiempo quirúrgico media 7.3 horas. Tiempo de clampeo media 59 minutos. Tres días en Unidad de terapia y 19 horas de ARM. Estadía hospitalaria media 16 días. Sin óbitos. Control con ATC y seguimiento clínico sin complicaciones mayores y asintomáticos.

Conclusión: Por ser ptes jóvenes y sin comorbilidades se aconseja reemplazo de aorta torácica comprometida al ser un procedimiento definitivo sin alteraciones anatómicas. El tratamiento endovascular es discutido por la alta probabilidad de complicaciones alejadas, también se agrega la pérdida de la arteria subclavia, vertebral y mamaria interna. La opción de cirugía con CEC doble perfusión e hipotermia profunda de corta duración evita complicaciones asociadas a la misma y a la parada circulatoria, fue una buena opción para resolver y mostrar estrategias como tratamiento de los aneurismas post CAo.

ANGIOPLASTÍA TIBIAL EN PACIENTES CON ISQUEMIA CRÍTICA DE MIEMBROS

Autor Principal: Ferreira L M

Autores: S Escordamaglia; M Peralta; G Castillo; R La Mura

Introducción: El objetivo de este estudio fue evaluar los resultados a corto plazo de la angioplastía percutánea en pacientes con isquemia crítica de miembros inferiores y oclusiones tibiales largas.

Material y Método: Entre septiembre de 2011 y septiembre de 2013, fueron tratados por vía endovascular 25 pacientes consecutivos con segmento fémoro-poplítico permeable y oclusiones > 8 cm del territorio tibial. Los pacientes fueron previamente descartados para cirugía abierta. Se determinaron éxito clínico (definido como la cicatrización de heridas y la sobrevida sin amputación mayor) y la necesidad de revascularización de la lesión tratada (TLR), mortalidad global y complicaciones cardiovasculares.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 75 (53-89) años, 74% eran diabéticos y todos los pacientes fueron Rutherford 5 y 6. La mediana de seguimiento fue de 15,6 (1-24) meses. Dos pacientes murieron de causa cardiovascular. Nueve pacientes recibieron amputaciones menores, 5 mayores por fracaso terapéutico endovascular (4p) y luego de conversión abierta (1). La tasa de éxito clínico al año fue de 60% (15p). La tasa de TLR al 1 año fue de 16.6%.

Conclusiones: Pese a los altos índices de fracaso técnico reportados en el pasado y la necesidad de repetir los procedimientos, la angioplastía percutánea de las oclusiones largas de las arterias tibiales con la tecnología específica mejora la cicatrización de heridas, especialmente cuando se integran en un enfoque de revascularización máxima.

CORRECCIÓN ENDOVASCULAR DE ANEURISMA ESPLÉNICO

Autor Principal: Ciardi Juan Pablo

Autores: E Mendaro; O Ciardi; J I Ciardi

Objetivos: El aneurisma esplénico es una entidad de rara presentación y de difícil diagnóstico, con una alta morbi mortalidad quirúrgica, ya sea en casos de urgencia o programados.

Material y Métodos: Paciente de 57 años, con cuadro de dispepsia y dolor abdominal de larga data, con diagnóstico tomográfico de aneurisma esplénico de 46 x 41 mm. Se realizó una corrección endovascular mediante técnica de "de-constructiva" con embolización de la arteria esplénica proximal y distal al aneurisma con microcoils y oclusor vascular tipo "Amplatzer Vascular Plug II".

Resultados: Se logró la exclusión completa del aneurisma de la circulación y conservación del bazo mediante colaterales. No se observaron complicaciones isquémicas del bazo ni recidiva aneurismática.

Conclusión: La resolución quirúrgica convencional con conservación de vísceras circundantes es de una alta complejidad y mortalidad en casos de rotura. La terapéutica endovascular aparece como una opción terapéutica atractiva, de baja morbi mortalidad, poco invasivo y con excelentes resultados.

DEBRANCHING AÓRTICO Y TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LA DISECCIÓN AÓRTICA TIPO B

Autores: Miguel A M Peirano; D Nussenbaum; J Cociolo; M Scabbiolo; P F Salinas Rodriguez; P Duran Gomez
Hospital J. M. Ramos Mejía

Introducción: El tratamiento endovascular de la patología de la aorta torácica se convirtió en el tratamiento standard en el último tiempo, ya que se obtienen mejores resultados y menores complicaciones en relación a la cirugía abierta. Compartimos un caso clínico, en el cual la utilización del debranching aórtico extratoracico constituye una alternativa terapéutica complementaria al tratamiento endovascular en zonas donde el margen de anclaje endoprotestico es estrecho.

Caso clínico: Paciente de 54 años de edad con antecedente de hemiplejía braquiorcrala izquierda con restitución ad integrum cinco años atrás sin etiología. Al momento de la evaluación presenta dolor torácico con irradiación es-capular izquierda asociado a crisis hipertensiva. Se realizan estudios complementarios donde se identifica disección aórtica tipo B. Se realiza tratamiento endovascular, con imposibilidad de sellado proximal por riesgo de oclusión carotidea izquierda. Se planifica y realiza debranching aórtico extra torácico (by pass axilo-axilar cruzado y by pass axilo - carotideo izquierdo con ligadura proximal de la misma y oclusión endovascular de subclavia izquierda). Posteriormente se resuelve en un tercer tiempo la disección aórtica por tratamiento endovascular.

Conclusiones: • El tratamiento endovascular de la disección aórtica tipo B con zonas de anclaje límite representan un reto no exento de contratiempos. • La cirugía híbrida es una alternativa terapéutica a considerar ante la patología del arco aórtico. • El debranching aórtico extra torácico amplía nuestro arsenal terapéutico. • La ampliación de márgenes de anclaje para fijación endoprotestica es óptima, sin desmedro del flujo arterial. • El by pass axilo axilar cruzado aportó flujo suficiente por lo que no hubo manifestación de stroke, fenómeno de robo, claudicación o lesiones troficas en miembros superiores.

DISECCIÓN AÓRTICA TIPO B: REEMPLAZO DE AORTA EN DOS TIEMPOS

Autores: Biancotti G; Marenchino R; Posatini R; Halac M; Battellini R

Servicio de Cirugía Cardiovascular. Hospital Italiano de Buenos Aires.

La Disección Aórtica Tipo B (DA-B) es un evento con alta morbitmortalidad. Seleccionar la estrategia terapéutica más adecuada en el momento indicado mejora la sobrevida.

Objetivo: Se presenta el caso de una paciente (p) con patología compleja de Aorta Tóraco-Abdominal Tipo B tratada en dos tiempos.

Material y Métodos: Mujer de 50 años con antecedentes de HTA, coartación aórtica operada a los 6 años y válvula aórtica bicúspide. Ingresó por presentar un Síndrome Aórtico Agudo. Por Angiorresonancia se diagnosticó DA-B con recoartación posterior al nacimiento de la subclavia izquierda. Responde al tratamiento inicial con labetalol y nitroglicerina endovenosa; a los catorce días continúa con dolor. La extensa recoartación y el ángulo agudo imposibilitó el landing de una prótesis inhabilitando la vía endovascular. Se decide: reemplazo de aorta descendente por doble toracotomía izquierda con circulación extracorpórea a 32° por canulación femoro-femoral; clampeo aórtico proximal entre carótida y subclavia; anastomosis proximal en arco aórtico en forma oblicua distal a la arteria subclavia izquierda; anastomosis distal en aorta descendente a nivel diafragmático con oclusión de Aorta distal con balón, y monitoreo con catéter de presión subaracnoideo.

Alos 2 años del post-operatorio presenta contínuo crecimiento de aorta abdominal infrarenal en zona de disección creciendo de 50 a 54 mm, presentando dolor lumbar. Se realiza by pass aorto bi-iliaco por laparotomía resecando la membrana de disección hacia distal. El resultado favorable se mantiene a 5 meses.

Discusión: Las estrategias de tratamiento en disección tipo B plantea muchas veces el tratamiento de las complicaciones, isquemia de órganos, o paraplejia. Instaurar tratamiento en un síndrome aórtico agudo en uno o en dos tiempos es ampliamente debatido tanto para resolución quirúrgica abierta o por vía endovascular.

Conclusión: En ocasiones la resolución de un caso complejo de DA-B debe estructurarse en dos tiempos.

EL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR ES FACTIBLE EN LOS ANEURISMAS CON CUELLO HOSTIL

Autor principal: Guillermo Pfund

Autores secundarios: I de Luca; D Chikiar; P Gillen; G Foster; F Yune; M Castelli; P Zaefferer

Introducción: El Tratamiento Endovascular para los Aneurismas de la aorta abdominal (EVAR) se generalizó como alternativa a la cirugía convencional. La evolución técnica y de las prótesis determinó que en algunos centros, el EVAR sea de elección. Entre las contraindicaciones para EVAR está la Anatomía Hostil (AH), principalmente del cuello y de las arterias ilíacas.

Objetivo: Comparar las complicaciones entre pacientes tratados con EVAR con y sin cuellos hostil (CH).

Material y Método: Se presentan 195 pacientes intervenidos con EVAR por aneurisma de aorta abdominal, en el periodo 2009-2012. Se dividieron entre los que presentaban criterios de CH o no. Se consideró CH: longitud < 15 mm., angulación > a 60°, calcificación y/o trombosis > al 50% del diámetro del cuello, cuello cónico con abertura mayor hacia abajo.

Resultados: De 195 pacientes, 91 (46.7%) tenían CH (grupo 1) (60: 1 criterio, 22: 2 criterios, 7: 3 criterios, y 2

pacientes 4 criterios) y 104 pacientes no presentaban CH (grupo 2). En el grupo 1 se observaron 11 endofugas, (1 Ia, 4 Ib, 4 II, 1 III, 1 indeterminado). En el grupo 2, 10 endofugas (2 Ia, 3 Ib, 3 II, 2 III).($p>0.7$). En el grupo 1 fallecieron 2 pacientes, (por isquemia mesentérica y por ruptura del aneurisma sin evidencia de leak) ($p>0.4$). En un caso con 4 criterios de CH se ocluyeron inadvertidamente las arterias renales y se efectuó un by pass aorto-birrenal. 3 pacientes tuvieron isquemia arterial aguda (IA) de MMII. En el grupo 2 hubo 3 IA de MMII, 2 IAM, una obstrucción de arterias renales convertido, 1 ruptura ilíaca y un pseudoaneurisma femoral. ($p>0.6$). No hubo migraciones en ninguno de los 2 grupos.

Conclusión: No se encontraron evidencias estadísticamente significativas en el porcentaje de complicaciones entre pacientes con o sin cuellos hostiles tratados con EVAR.

EMBOLIZACIÓN ARTERIAL DE PROYECTIL DE ARMA DE FUEGO. REPORTE DE CASOS.

Autores: Guillermo Soteras (1); Rinaldi J (1); Fuentes J (1); Villalba J (1); Pascolo D (1); Peralta A (1); Soteras A (2); Llaryora R (1); Brusa N (1)

(1) Hospital Municipal De Urgencias Córdoba

(2) Hospital Nacional De Clínicas Córdoba

Introducción: La embolización intravascular es una rara complicación del trauma vascular, la incidencia de ésta durante la última guerra de Vietnam fue del 0,3 %.

Objetivo: Presentación de esta infrecuente complicación posterior a herida de arma de fuego (HAF) abdominal.

Material y Métodos: Dos pacientes de 41 y 44 años que sufrieron una HAF abdominal con lesión de grandes vasos arteriales e instauración de síndrome isquémico en miembros inferiores causado por embolización del proyectil a arterias poplíteas con necesidad posterior de extracción quirúrgica del mismo de arteria poplítea infrapatelar.

Resultados: Evolución postoperatoria favorable siendo dados de alta sin secuelas.

Conclusiones: Esta entidad extremadamente rara debe ser sospechada al no presentar un orificio de salida del proyectil, siendo necesaria la localización exacta de este para determinar el manejo operatorio y la estrategia quirúrgica.

ENDOFUGAS EN EL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DEL AAA. EXPERIENCIA EN 195 CASOS.

Autores: Castelli Mariano Andrés; G Pfund; I de Luca; D Chikiar; P Gillen; G Foster; F Yune; P Zaehlerer

Introducción: El tratamiento endovascular del aneurisma de aorta abdominal (AAA) constituye una opción de tratamiento con menor morbilidad inicial que la cirugía convencional. La principal causa de complicaciones postoperatorias es la aparición de endofugas.

Objetivo: Reportar la incidencia y evolución de endofugas en pacientes tratados por vía endovascular.

Materiales y Métodos: Análisis retrospectivo de 195 pacientes intervenidos de AAA por vía endovascular entre 2009 y 2012 en un centro monovalente. Los procedimientos se efectuaron en quirófanos híbridos, con anestesia general o local, según el riesgo quirúrgico. Se utilizaron dispositivos bifurcados de fijación anatómica con anclaje suprarrenal Powerlink (Endologix, Irvine, CA). El seguimiento posoperatorio fue mediante tomografía computada con contraste endovenoso al primer mes, al sexto y luego anualmente.

Resultados: El seguimiento fue de 6 a 36 meses. Se registraron 2 óbitos relacionados al procedimiento (1.02%), uno por isquemia mesentérica, otro por ruptura alejada del aneurisma, sin evidenciar endofuga en los controles postoperatorios. Se registraron 21 (10%) endofugas; 3 tipo IA, 7 tipo IB, 7 tipo II, 3 tipo III y 1 indeterminada. Se realizaron 17 tratamientos en 14 (66,6%) pacientes. Dos pacientes reintervenidos persisten con endofuga (14,28%), (uno niega su reparación y el otro presenta endofuga tipo II erróneamente diagnosticada como IA). Dos pacientes (9,52%) presentaron ruptura del AAA (Una tipo III reparada por vía endovascular y otra indeterminada que nunca realizó controles y requirió conversión). No se registraron muertes relacionadas al AAA en los pacientes con endofugas. Siete pacientes (33,3%) con fuga tipo II, sin aumento del aneurisma, continúan en control.

Conclusiones: La endofuga es la complicación más frecuente del tratamiento endovascular del AAA. Tiene implicancia en la evolución a mediano y largo plazo de los pacientes. Es necesario el seguimiento estricto cuando se ofrece el tratamiento endovascular.

ENDOPRÓTESIS BALÓN EXPANDIBLE PARA EL TRATAMIENTO DE ANEURISMAS DE AORTA ABDOMINAL CON CUELLO AÓRTICO CORTO

Autores: Girela Alejandro Germán; Barbosa FM; Bertoni H; De la Vega A; Barone H

Instituto Cardiovascular del Sur

Objetivo: Reportar nuestra experiencia a mediano plazo con la endoprótesis SETA balón expandible en el tratamiento de pacientes con Aneurisma de Aorta Abdominal con cuello corto o sin cuello.

Material y Método: Entre enero del 2.004 a diciembre del 2.012 tratamos 79 pacientes consecutivos (72,4 años de edad promedio), 77 de sexo masculino con cuello aórtico corto o sin cuello, utilizando endoprótesis SETA estándar. Ninguno de ellos fueron elegibles para endoprótesis auto-expandibles convencionales. El diámetro medio del Aneurisma fue de 68,8 mm (55 a 107 mm). El largo medio del cuello aórtico fue de 7,8 mm (0 a 15mm). Los pacientes fueron seguidos mediante angio-tomografía y consulta clínica.

Resultados: Todas fueron implantadas exitosamente observándose 2 endoleaks residuales Tipo I al finalizar la intervención. La mortalidad peri-operatoria fue del 5%. Dos pacientes fallecieron por isquemia mesentérica. El seguimiento medio fue de 42 meses. Tres pacientes presentaron Endoleaks Tipo I y dos pacientes presentaron acomamiento de una de sus ramas, corregidas por vía endovascular.

Conclusiones: Los resultados a mediano plazo con endoprótesis balón expandible SETA, permiten ampliar las indicaciones anatómicas para el tratamiento endovascular en pacientes con Aneurisma de Aorta Adbominal.

ESTENOSIS CENTRAL EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS. Angioplastía CON BALÓN Y SEGUIMIENTO A 1 AÑO

Autor Principal: Sebastián Duhalde

Autores: García Nielsen L; Duhalde J; Padilla G; Feldman R

Sanatorio Sarmiento - Unidad de Intervencionismo y Cirugía Cardiovascular - San Miguel De Tucumán - Tucumán - Argentina

Introducción: La estenosis central en pacientes en hemodiálisis es un importante y prevalente problema, llevando en muchas situaciones a producir sintomatología clínica o a la pérdida del acceso vascular.

Material y Método: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal que evaluó pacientes en hemodiálisis con estenosis centrales >60% o síntomas clínicos, como edema de miembro superior, que fueron tratados mediante angioplastías con balón, y su posterior seguimiento a 1 año.

Resultado: Se reclutaron 18 pacientes, 12 masculinos (66,66%) y 6 femeninos (33,33%), con una edad comprendida entre los 33 y los 82 años de edad. Se trataron 20 venas con angioplastías simples con balón. La permeabilidad primaria a los 3 meses fue de 87,5%, a los 6 meses 75% y a los 12 meses de 68,75%.

Conclusiones: La angioplastía con balón es un procedimiento seguro y efectivo en pacientes en hemodiálisis con estenosis de venas centrales que intenta prolongar la funcionalidad del acceso o la remisión de los síntomas clínicos que de otra forma resultaría en intervenciones quirúrgicas mucho más complejas o en la pérdida del acceso vascular.

EXPERIENCIA EN LA EXTRACCIÓN DE 207 CATÉTERES DE CARDIODEFIBRILADOR

Autor principal: Héctor Alfredo Mazzetti

Autor: M Tentori

Hospital Fernández, Servicio de Cardiología, CABA.

Antecedentes: El aumento del número de pacientes tratados con cardiódefibriladores (CDI) y con cardiódefibriladores más resincronizadores (CRTD), son la causa del incremento de electrodos alojados en los pacientes. Esto ha determinado la necesidad en la habilidad en la extracción transvenosa de dichos catéteres, especialmente aquellos relacionados a los catéteres de CDI.

Objetivo: Presentar nuestra experiencia en la extracción transvenosa de catéteres de CDI y su comparación con los catéteres de marcapasos.

Método: Se efectuó un estudio retrospectivo de 806 pacientes consecutivos a los que se indicó una extracción transvenosa. 180 pacientes (22.33%) eran portadores de catéteres de CDI, a quienes se les efectuó la extracción de 207 catéteres. Se evalúan las características clínicas, indicaciones, tipo de procedimiento utilizado y resultados.

Resultados: Durante un período de 17 años fueron removidos 207 catéteres de CDI en 180 pacientes. Edad promedio 52,6 años (STD 15,36) años, 129 (71,66%) hombres. Las indicaciones para la extracción fueron: infección local del bolsillo (39,6%, 82 catéteres), endocarditis (22,7%, 47 catéteres) y mal funcionamiento del catéter (37,7%, 78 catéteres). El tiempo promedio de implantados fue de 52 meses, y la mediana de 48 meses. Por tracción simple se extrajeron 15 catéteres (7,2%) con un tiempo de implantados de 6,2 meses; con sistemas de extracción

192 catéteres (92.7%) con un tiempo de implantados de 55.6 meses. Se logró una extracción completa en el 98.1% de los catéteres. Los catéteres que no se pudieron extraer tenían 136.75 meses de implantados. Mortalidad 1 paciente por embolia de pulmón. Morbilidad: hematomas de bolsillo 2, tromboembolismo pulmonar 1, TV 1, ACV intraoperatorio 1.

Conclusión: Este estudio muestra que la extracción transvenosa de catéteres de CDI es efectiva con una tasa de complicaciones de 2.41% y una mortalidad de 0.48%.

ISQUEMIA CRÍTICA, CRÓNICA DE MIEMBROS INFERIORES.

REVASCULARIZACIÓN INFRAPATELAR

Autor Principal: Sebastián Duhalde

Autores: García Nielsen L; Duhalde J; Padilla G; Feldman R

Sanatorio Sarmiento - Unidad de Intervencionismo y Cirugía Cardiovascular - San Miguel de Tucumán Tucumán - Argentina

Objetivos: Determinar factibilidad y eficacia de procedimientos de revascularización endovascular realizado en pacientes con isquemia crítica, crónica de miembros inferiores.

Materiales y Método: Se incluyeron 13 pacientes de manera consecutiva desde abril de 2012 a mayo de 2013. Todos los pacientes eran portadores de isquemia crónica crítica de miembros inferiores (fontaine iii y iv). Los datos se presentan utilizando datos descriptivos.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 63 (54-73) años, sexo: 2 femenino, 11 masculino. Factores de riesgo: hipertensión arterial 100%, dislipemia 90%, diabetes mellitus 90%. El 100% presentaba ausencia de flujos en arterias en territorio infrapatelar al menos en dos de las tres, evidenciado por ecografía doppler y arteriografía diagnóstica, y enfermedad severa en la arteria permeable. En el 60% de los casos la arteria tratada fue la tibial posterior, 30% tibial anterior y resto en la peronea. El procedimiento fue exitoso en el 100% de los pacientes. La angioplastía se realizó con balones de 100 y 120 mm de longitud. El diámetro promedio fue de $2,5 \pm 0,5$ mm. En 2 pacientes se logró además repermeabilizar oclusiones totales. En 10 pacientes se realizó abordaje anterógrado, en 3 se realizó abordaje contralateral. En un caso además, se realizó abordaje combinado, retrógrado por arteria pedia. La tasa de sangrado mayor fue 0%, sangrado menor fue 2%. Se realizó seguimiento clínico y control por ecografía doppler color al mes y 3 meses del tratamiento en el 100% de los pacientes. La tasa de permeabilidad primaria de las arterias con estenosis severa fue del 100%. Todos los pacientes mejoraron clínicamente.

Conclusiones: La angioplastía infrapatelar en este grupo de pacientes, constituyó un método factible, eficaz y seguro.

PROCEDIMIENTOS HÍBRIDOS EN PATOLOGÍA ARTERIAL AÓRTICA

Primer Autor: Eduardo Dulbecco

Autores: L Coletti; B Allori; G Villarroel; M Candioti; G Baez; G Samaniego; E Gimenez; S Lucca;

M Kalbermatten; C Cotti

Fundación Favaloro – Buenos Aires – Argentina

Objetivo: Mostrar la resolución en 5 pacientes combinando abordajes quirúrgicos y endovasculares en patología de aorta.

Materiales y Métodos: Describir 5 procedimientos híbridos realizados desde el 2006 al 2012. 5 pacientes, 4 masculinos, edad promedio de 62 años. Sintomáticos con dolor, de alto riego quirúrgico. 4 pacientes con compromiso de arco aórtico (2 disección crónica Tipo B y dos aneurismas de arco); y un paciente con endoleak de endoprótesis por disección tipo B. Fueron estudiados con Ecocardiograma, Angiotomografía, CCG y Aortograma.

Resultados: En pacientes con patología del arco se realizó en un primer tiempo by pass de aorta ascendente a vasos supra-aórticos y de forma diferida endoprótesis con exclusión de troncos supra-aórticos. En el paciente con endoleak se realizó bypass desde arteria ilíaca a vasos viscerales y posterior resolución del endoleak con endoprótesis (con exclusión de vasos viscerales). En todos se realizó endoprótesis torárica y a uno se agregó abdominal. En 4 de los procedimientos se realizó de forma diferida. Solo a uno se realizó en el mismo tiempo ambos procedimientos. Se registró una reoperación por sangrado. Un ACV isquémico por oclusión del by pass extra-anatómico que requirió reoperación. Sin óbitos. Actualmente asintomáticos en control clínico e imageneológico.

Conclusion: Con la llegada de las endoprótesis, disponemos actualmente con un arsenal terapéutico amplio para el tratamiento de la aorta toraco-abdominal. El mayor desafío sigue siendo la patología del arco y vasos supra-aórticos, tanto para la cirugía como para el tratamiento endovascular. Es por eso, que proponemos un tratamiento híbrido que nos permite resolver de forma segura y completa la patología aórtica en diferentes regiones obteniendo resultados acorde a los publicados.

REESTENOSIS Y KINKING CAROTIDEO POST-ENDARTERECTOMÍA.**TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.****Autor principal:** Raffaelli, Hector**Autores:** G Peltz; L Coletti; B Allori; G Villarroel; M Candioti; G Baez; G Lucca; R Gimenez; G Samaniego
Hospital Universitario. Fundacion Favaloro

Introducción: La endarterectomía carotídea continúa siendo el gold standard de la patología carotídea en pacientes seleccionados, sin embargo durante el primer año puede complicarse con reestenosis debido a la hiperplasia intimal así como años posteriores por la progresión de la enfermedad ateroesclerótica.

Material y Métodos: Paciente mujer de 70 años de edad, hipertensa, dislipémica y obesa. Antecedentes de ATP con stent en miembros inferiores y de arteria renal izquierda. Cursando 11° mes de postoperatorio de una endarterectomía carotídea izquierda, consultó por amaurosis fugaz de ojo izquierdo siendo evaluada por ecografía y posteriormente angiografía de vasos de cuello que evidenciaron estenosis severa de arteria carótida izquierda (endarterectomizada previamente) y kinking de la misma con oclusión total de arteria carótida interna derecha.

Resultados: Se realizó endarterectomía carotídea con shunt, plástica de la misma debido al kinking con reimplante de arteria carótida externa. Se agregó parche de goretex al cierre. Curso el postoperatorio sin complicaciones y fue dada de alta hospitalaria al 4 día de postoperatorio.

Conclusiones: En éste caso de reoperación carotídea, la endarterectomía con shunt, plástica y cierre con parche de goretex mostró buen resultado.

RESULTADOS A CORTO PLAZO DE LA ENDARTERECTOMÍA CAROTÍDEA EN PACIENTES DE RIESGO

Mariano A Castelli(1); Guillermo Pfund(2); Darío S Chikiar(3); Ignacio J de Luca(4); Pablo M Gillen(5); Gloria Foster(6)

Departamento de Cirugía Vascular Periférica, Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

(1) Médico Residente de Cirugía Cardiovascular, ICBA; (2) Subjefe de servicio de Cirugía Vascular Periférica, ICBA; (3) Médico de planta de Cirugía Vascular Periférica, ICBA; (4) Jefe de Residentes de Cirugía Cardiovascular, ICBA; (5) Médico de planta de Cirugía Vascular Periférica, Sanatorio Anchorena; (6) Médico de Flebología, ICBA

La endarterectomía es el tratamiento de elección en estenosis severas de la carótida. Los beneficios en morbi-mortalidad que la misma proporciona se han puesto en duda en pacientes de alto riesgo ya que la evidencia que la avala proviene de estudios que incluyeron pacientes altamente seleccionados. El objetivo del trabajo es demostrar la seguridad de la endarterectomía en pacientes de riesgo para cirugía.

Realizamos un análisis retrospectivo de casos operados entre 2008 y 2012. Las cirugías fueron realizadas por cirujanos vasculares con experiencia o residentes de cirugía vascular supervisados en un centro monovalente. Se definieron como factor de riesgo para la cirugía los criterios de inclusión en el estudio SAPPHiRE. Se registró la mortalidad a los 30 días, la tasa de accidente cerebrovascular (ACV), infarto agudo de miocardio (IAM), reoperaciones y la estadía hospitalaria.

Se realizaron 292 procedimientos. 223 pacientes eran asintomáticos y 69 sintomáticos. 28,4% pacientes tenían factores de riesgo. La tasa global de complicaciones fue 2,39%; (3,61% vs. 1,91%; p=0,66) con una mortalidad global a los 30 días del 0,34% (0% vs 0,47%). La estadía hospitalaria promedio fue de 3,08 días (4,40 vs 2,59; p<0,001). Al excluir a los pacientes que durante la internación recibieron otro tratamiento o asociado la estadía hospitalaria promedio fue de 2,74 días (3,45 vs 2,55; p=0,04). La endarterectomía carotídea puede ser llevada a cabo en pacientes de alto riesgo sin aumento de la morbi-mortalidad siempre que sea llevada a cabo por cirujanos con experiencia y en centros especializados.

Palabras Clave: Estenosis carotídea, procedimiento quirúrgico cardiovascular, endarterectomía carotídea.

RESULTADO A MEDIANO PLAZO EN EL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DEL ANEURISMA DE AORTA CON ENDOPRÓTESIS ENDURANT.

Autor Principal: Ferreira L M

Autores: S Escordamaglia; M Peralta; G Castillo S; D Pinto; IC Mansilla Casanova; D Yñón, G Eiben; M De Paz; Garrido G; R La Mura

Introducción: La endoprótesis Endurant es un injerto diseñado para tratar pacientes con anatomía más desafiantes. Este estudio presenta los resultados a 3 años en 128 pacientes consecutivos no seleccionados con aneurismas de aorta abdominal (AAA).

Material y Métodos: Se recogieron prospectivamente datos perioperatorios y de seguimiento luego del tratamiento endovascular del aneurisma (TEVA) provenientes de dos Centros Universitarios. Se registraron características del AAA y tasas de reoperación, endoleak, otras complicaciones y mortalidad global. Los valores se expresaron como media ± desviación estándar (intervalo).

Resultados: El estudio incluyó a 128 pacientes (116 hombres), edad media de 73 ± 8 años (62-93 años), tamaño AAA de 57 ± 10 mm (47-93 mm), longitud del cuello proximal de 24 ± 15 mm (de 9 a 52 mm). El éxito técnico primario se logró en todos excepto un paciente, sin mortalidad perioperatorias. Se requirió la colocación de un stent

en la arteria renal en dos pacientes, dos necesitaron un by pass ilíaco renal por oclusión de arteria renal unilateral y en un cuarto la arteria renal derecha fue accidentalmente cubierta; cuatro pacientes necesitaron un by pass fémoro-femoral cruzado por oclusión de rama. Un paciente desarrolló un endoleak tipo I que trombosó espontáneamente y un segundo paciente un endoleak tipo III tratado por embolización hipogástrica y extensión ilíaca. Se documentaron 9 endoleaks tipo II. La tasa de sobrevida a 3 años fue de 79% y de reoperación 7,2%.

Conclusión: El tratamiento de los pacientes con AAA con endoprótesis Endurant parece ser exitoso y duradero al menos a mediano plazo. A pesar de los criterios de inclusión más amplias y con el 19 % de nuestros pacientes tratados fuera de las IFU , la mortalidad relacionada con AAA , tasa de endoleaks y de reintervención son comparables a los resultados de otros injertos.

SALVATAJE DE FÍSTULAS DE HEMODIÁLISIS NATIVAS TROMBOSADAS CON STENTS AUTOEXPANDIBLES DESCUBIERTOS CUBRIENDO LA TOTALIDAD DEL ACCESO VASCULAR

Autor principal: Martin Rabellino(*-1)

Autores: Sergio Shinzato (1); Ricardo Posatini(2); Oscar Peralta (1); Soledad Crucelegui (3); Guillermo Rosa Diez (3); Marcelo Halac (2); Jorge Balager (2); Roberto Battellini (2); Ricardo Garcia-Monaco (1)

(***Servicio de Angiografía y Terapéutica Endovascular. Hospital Italiano de Buenos Aires. Universidad de Buenos Aires**

(1) **Departamento de Angiografía y Terapéutica Endovascular. Hospital Italiano de Buenos Aires.**

(2) **Departamento de Cirugía Cardiovascular. Hospital Italiano de Buenos Aires.**

(3) **Departamento de Nefrología. Hospital Italiano de Buenos Aires.**

Objetivo: El objetivo de este trabajo es analizar el resultado del tratamiento endovascular mediante la colocación de stent autoexpandibles de nitinol en fístulas arteriovenosas (FAV) nativas trombosadas previo a su abandono, cubriendo con los stents la totalidad del área de punción para la sesión de hemodiálisis.

Material y Métodos: Entre noviembre de 2008 y agosto de 2013 en 8 pacientes con FAV trombosadas se implantaron stents descubiertos autoexpandibles de nitinol cubriendo la totalidad de los sitios de punción, por imposibilidad de restituir el flujo con las técnicas habituales.

Resultados: Se consiguió el éxito técnico en el 100% de los casos. En total se colocaron 17 stents en 8 accesos, con una longitud media de 16 cm por FAV. No se produjeron complicaciones relacionadas con el procedimiento.

La media de seguimiento fue de 6±3 meses, con una permeabilidad primaria del 87,5% y asistida del 100%. En todos los casos se logró dializar los pacientes puncando la FAV a través de los stents sin complicaciones relacionadas.

Conclusión: La revascularización de las FAV nativas trombosadas mediante la colocación de stents autoexpandibles descubiertos de nitinol cubriendo la totalidad de los sitios de punción es una técnica segura y eficaz evitando el abandono del acceso vascular.

SEGUIMIENTO A MEDIANO PLAZO CON ENDOPROTESIS SETA, BALÓN EXPANDIBLE, PARA EL TRATAMIENTO DEL ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL

Autores: Girela Alejandro Germán; Barbosa FM; Bertoni H; De la Vega A; Barone H

Instituto Cardiovascular del Sur

Objetivos: Presentar nuestra experiencia a mediano plazo con la utilización de endoprótesis balón expandible SETA para el tratamiento del AAA.

Material y Métodos: Desde enero del 2.004 a enero del 2012 se operaron 160 pacientes en forma consecutiva a los que se le implantó una Endoprótesis SETA. 145 fueron de sexo masculino, con un promedio de edad de 74 años (69-88). El riesgo operatorio según el ASA fue de grado I 18%, grado II 22% grado III 49% y grado IV el 11%. El 16% presentaban insuficiencia renal preoperatoria, EPOC en 39%, Infarto de Miocardio 33%, Insuficiencia Cardíaca 13%. Enfermedad coronaria en 50 %.

Resultados: El seguimiento fúe de 32 meses promedio (3-72meses) 10 pac. Se perdieron en el seguimiento. El éxito primario fue del 96,8%. La mortalidad global del 2,1% con una mortalidad relacionada al AAA del 0,6%. Endoleak Tipo I en un 3,2% (5pac.) de los cuales 4 presentaban un cuello de 0,5mm. Endoleak Tipo II 3,7%. Oclusión de la rama en 1,8% y oclusión del graft en 0,6%.

Conclusiones: SETA es una excelente opción para el tratamiento del AAA y sobretodo en aquellos que por las características de su cuello NO son candidatos para TEVAR. La ausencia de fuerza radial persistente puede ofrecer buenos resultados a largo plazo (estabilidad del diámetro del cuello independientemente de las características anatómicas del cuello proximal. La experiencia clínica a mediano plazo con SETA muestra buenos resultados, sin embargo un seguimiento mas extenso y un mayor número de pacientes tratados son necesarios para convalidar éstos datos.

SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO LUEGO DEL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DEL ANEURISMA DE AORTA

Autor Principal: Ferreira L Mariano

Autores: S Escordamaglia; M Peralta; G Castillo; R La Mura

Introducción: Hay pocos datos disponibles sobre la evolución a largo plazo de la reparación endovascular del aneurisma de aorta abdominal (AAA) especialmente en nuestros tiempos modernos con avances terapéuticos y tecnológicos.

Métodos: Desde abril de 2008 hasta septiembre de 2009 fueron tratados 69 pacientes portadores de un AAA (>5 cm). Fueron excluidos aquellos pacientes tratados en procedimientos no programados, los que formaron parte de estudios y los que comprometían otros segmentos de aorta. Se registraron para el estudio las tasas de mortalidad, las complicaciones relacionadas con la cirugía, relacionadas con el injerto, tasa de reintervenciones, cirugías vasculares en otros territorios, reinternaciones y morbilidad cardiovascular. Se utilizó análisis de Kaplan-Meier para presentar los resultados a 5 años.

Resultados: No se registró mortalidad perioperatoria o a 30 días. Al final del seguimiento (promedio 50 meses), sólo cuatro pacientes fueron reintervenidos por endoleak. Dos de ellos por endoleak tipo II asociado a crecimiento del saco aneurismático. Un tercer paciente, por endoleak tipo III temprano mediante extensión ilíaca y un cuarto paciente por endoleak tipo I. La sobrevida global a 6 años fue del 59%, 17 pacientes murieron durante el seguimiento, cuya principal causa fue neoplásica. Comparado con el estudio EVAR1 la tasa de sobrevida global en dicho estudio a 4 años fue del 72%, similar a la nuestra, no así en el estudio CEASAR, con aneurismas pequeños, en donde la sobrevida a 54 meses fue del 85,5%.

Conclusiones: En este estudio, la reparación endovascular del aneurisma de aorta abdominal se asoció con una baja tasa de complicaciones y reintervenciones relacionadas con el injerto. Sin embargo en este grupo de pacientes casi la mitad fallecen en los primeros cinco años de causa no aneurismática.

¿SON PREDICTIBLES / PREVENIBLES LAS COMPLICACIONES EN EL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LA AORTA TORÁCICA?

Autores: Miguel A M Peirano; D Nussenbaum; J Cociolo; M Scabbio; P Duran Gomez; P F Salinas Rodriguez CCV - Hospital J. M. Ramos Mejia - CABA

Se presentan 2 casos de tratamiento endovascular con exclusión de toda la aorta torácica con diferente evolución

Presentación: **Caso Nro. 1:** Paciente femenina, 71 años, antecedente de TBQ, apendicectomizada, colecistectomizada, cesarea, eventroplastia. Dolor dorsolumbar de 1 año de evolución, AngioTAC toracoabdominopelviana: Aneurisma de aorta toraco abdominal. Tratamiento endovascular con endoproteesis aórtica autoexpandible, desde arteria subclavia izquierda hasta tronco celíaco. Sin complicaciones neurológicas en el postoperatorio, con 30 meses de seguimiento. **Caso Nro 2:** Paciente masculino 59 años, antecedente hipertensión arterial. Diagnóstico de aneurisma de aorta abdominal, ilíacas bilateral y de aorta torácica. Hace 4 años se le realizó implante de endoproteesis aorta mono-ilíaca para el tratamiento del aneurisma abdominal. En seguimiento tomográfico postoperatorio se detectó endoleak tipo I proximal por lo cual 1 año después se le implantó nueva endoproteesis proximal sellando la fuga. En nuevos controles tomográficos se observó exclusión del aneurisma abdominal y crecimiento progresivo del aneurisma torácico, llegando a un diámetro 65,3 mm con una extensión de 203 mm. Se indicó el tratamiento endovascular del aneurisma de aorta torácica, para lo cual se le implantó endoproteesis autoexpandible para la exclusión del mismo. Previendo intercurrencia neurológica se realizó drenaje de líquido cefalorraquídeo intra y post operatorio, sin síntomas neurológicos inmediatos. En el segundo día postoperatorio intercurrió con paraplejia con isquemia medular objetivizada por RMN.

Resultados: De los 2 casos expuestos el caso 1 donde se implantó endoproteesis no intercurrió con complicaciones, que a diferencia del caso 2, se realizó monitoreo y drenaje de LCR intercurrió con paraplejia.

Conclusiones: Resulta paradójico: que el primer caso sin monitoreo de PIC y drenaje del LCR la paciente no presentó manifestación neurológicas. Por el contrario el segundo caso donde se tomaron medidas preventivas, presentó manifestaciones neurológicas graves.

TRATAMIENTO DE INFECCIÓN DE ENDOPRÓTESIS TORÁCICA COMPLICADA CON RUPTURA DE AORTA

Autor principal: Estrada Jorge

Autores: Sampere T; Bodoira M; Pocovi A

Instituto Alexander Fleming. Buenos Aires Argentina

Objetivo: Se presenta caso de ruptura de aorta torácica causada por infección por pseudomonas en paciente tratado por disección de aorta Tipo B.

Material y Métodos: Paciente masculino de 49 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica en diálisis trisemanal y disección de aorta tipo B tratada con by pass subclavio carotideo

y endoprótesis torácica en 2010. Presenta síndrome febril prolongado de 6 meses de evolución asociado a dolor torácico interescapular. Hemocultivos positivos Pseudomonas aeruginosa. Pet: captación aorta torácica. Pseudoaneurisma de aorta torácica distal a endoprótesis. Plaquetopenia. Coagulación vascular diseminada. Se realiza colocación de endoprótesis excluyendo seudoaneurisma. Control: endofuga asociado a colapso de endoproteesis. Se coloca stent eXL Jotec logrando sellado de la fuga.

Resultados: Reversión de síndrome febril. Normalización de Laboratorio. Hemocultivos negativos. Antibiotico-terapia. PET: franca disminución de captación aórtica.

Conclusion: Frente a complicaciones infecciosas de aorta torácica en pacientes críticos el tratamiento endovascular es una opción concreta que reduce complicaciones derivadas del proceso infeccioso. De todas formas se requiere seguimientos a largo plazo a fin de controlar las posibles complicaciones relacionadas a la patología de base.

TRATAMIENTO DE LA ISQUEMIA CRÍTICA DE MIEMBROS INFERIORES COMBINANDO ANGIOPLASTÍA Y CURA AVANZADA DE HERIDAS

Autor Principal: Jorge Estrada

Autores: Fernández A; Gorosito S; Belsito P; Galante A; Rivas C

Cirugía Vascular. Hospital General de Agudos Cosme Argerich. CABA. Argentina

Objetivos: Presentar los resultados en tratamiento de isquemia crítica de miembros inferiores con angioplastía asociado a cura avanzada de heridas.

Materiales y Métodos: Se analizaron en forma retrospectiva los tratamientos de angioplastía asociado a cura avanzada de heridas realizados en pacientes con lesiones en miembros inferiores bajo contexto de isquemia crítica y alto riesgo para cirugía convencional desde marzo de 2008 hasta marzo de 2013.

Resultados: Sobre un total de 42 pacientes, se realizaron 46 procedimientos de angioplastía asociado a cura avanzada de heridas. Los procedimientos endovasculares involucraron el 67,4% a un solo sector arterial, mientras que el 26,5% correspondió a múltiples sectores. Solo el 6,1% de los mismos correspondieron a técnicas hibridas de revascularización. En el 60% de los vasos angioplastiados se utilizó angioplastía con balón, siendo los vasos tibiales los más tratados (50%). En el 40% restante se utilizaron stent. El éxito inicial fue del 95,6%. En lo referente a la cura avanzada de heridas en todos los casos se realizaron técnicas de cura húmeda, sumando en seis casos terapia de presión negativa, en 7 pacientes se combinó con el uso de factores de crecimiento y solo en 3 casos se asoció cámara hiperbárica. La tasa de salvataje de miembros correspondió al 83,3%. El cierre de las lesiones tróficas y lesiones producidas por amputaciones menores entre los 3-6 meses fue del 83%.

Conclusiones: En pacientes con isquemia crítica de miembros inferiores asociados a alto riesgo quirúrgico la asociación de procedimientos de angioplastía asociada a la cura avanzada de heridas constituye un método real y efectivo para el tratamiento de dicha dolencia. Los pacientes deben ser seguidos en forma periódica ya que los índices de reestenosis y las recaídas en la evolución de lesiones constituyen un hecho real.

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LA COARTACIÓN AÓRTICA POSTOPERATORIA

Primer Autor: Ríos Hernán

Autores: RA Cerezo; A Cuacci; VO Cucchetti; V Ríos; GF Leverman; R Peyras

Servicio de Cirugía Vascular y Endovascular del CCVM, Mercedes, Buenos Aires, Argentina

Objetivo: Evaluar la utilidad y eficacia de las técnicas endovasculares para la resolución de la coartación aórtica postoperatoria.

Material y Métodos: Paciente masculino de 37 años que presentaba coartación postoperatoria con valvulopatía aórtica asociada. Clínicamente presentaba hipertensión e insuficiencia cardiaca CF III NYHA. Anatómicamente se evidenciaba hipoplasia moderada del arco, anillo de coartación de 10mm de diámetro con aneurisma postcoartación de 62 mm de diámetro asociada a estenosis valvular aórtica severa. Se realizó angioplastía con balón sobre balón. La relación diámetro balón/diámetro de aorta en el diafragma fue de 1. Se implantó endoprótesis aórtica en forma primaria cubriendo el aneurisma postcoartación.

Resultados: El procedimiento fue efectivo. El diámetro de la luz aumentó a 28 mm con una reducción del gradiente a 8 mmHg. Tras un seguimiento clínico de 6 meses persisten los buenos resultados. El control tomográfico después de un año del implante confirmó que la desobstrucción era mantenida, con ausencia de reestenosis y permeabilidad de las ramas subsidiarias. Aguarda resolución quirúrgica la estenosis valvular aórtica.

Conclusion: El tratamiento endovascular (angioplastía más stenting primario) en la coartación puede ser una alternativa al tratamiento quirúrgico en adolescentes y adultos. Es remarcable su efectividad asociada a su baja morbi-mortalidad siendo una alternativa en pacientes de alto riesgo.

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LESIONES ARTERIALES CRÍTICAS**OCLUSIVAS INFRAPATELARES****Primer Autor:** Chavez Toro D**Autores:** De La Cruz G; Barrios R; Lucas F**Servicio de Cirugía Vascular y Endovascular Sanatorio Colegiales, Ciudad Autónoma de Buenos Aires**

Introducción: La isquemia crítica de los miembros inferiores, con alta incidencia estadística, basandonos en las normas tasc ii (inter-society consensus for the management of peripheral arterial), es tratada con revascularización endovascular en los grados iii y iv de la clasificación de fontaine, como medida de salvataje, según los diferentes scrining que muestran mas del 95% de efectividad terapéutica.

Objetivos: Mostrar nuestra experiencia y resultados en la terapéutica endovascular de la enfermedad arterial infrapatelar, en pacientes con isquemia crítica.

Diseño: Descriptivo – retrospectivo

Material y Métodos: Se presentan 32 procedimientos en 31 pacientes, 15 mujeres y 16 hombres, de edad entre 52 y 87 años, con alto riesgo quirúrgico, panvascular; arteriopatía obstructiva grados iii y iv de la clasificación de fontaine, y con lesiones obstructivas tipo tasc b c y d. la técnica predominante fue angioplastía infrapatelar en todos los casos (32), implante de stent infrapatelar a demanda (13) y tratamiento de otras lesiones infrainguinales con procedimientos combinados (19) resultados: observamos técnica y táctica óptima en 30 casos y 2 procedimientos infructuosos. Remisión de síntomas en todos los casos de angioplastía efectiva; tres amputaciones atípicas de pie; 2 amputaciones supracondileas en casos con fracaso de la terapéutica.

Conclusión: Los resultados nos permiten concluir que la terapéutica endovascular de estenosis críticas infrapatelares es la indicación de elección en estos pacientes, ampliado gracias a materiales de bajo perfil y mayor longitud, y técnicas endovasculares depuradas tanto intravascular y subintimal, como la revascularización por vía anterograda y retrograda desde arterias distales.

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE PSEUDOANEURISMAS POST TRAUMATICOS DE ARTERIA SUBCLAVIA. PRESENTACION DE DOS CASOS**Autor Principal:** Estrada Jorge**Autores:** Fernandez A; Galante A; Rivas C; Carrillo M; Olivera I**Hospital General de Agudos "Cosme Argerich". CABA. Argentina.**

Objetivos: Presentar dos casos de pseudoaneurisma traumático de arteria subclavia tratados por vía endovascular.

Material y Métodos: Caso 1: paciente de 50 años de edad con antecedentes de fractura de clavícula izquierda por accidente de tránsito. Ingrera con cuadro de isquemia arterial aguda miembro superior homolateral. Ecodoppler arterial evidencia oclusión trombótica humeral y seudoaneurisma de arteria subclavia de 3,8 cm de diámetro con trombo intraluminal. Se realiza tromboembolectomía y colocación de stent cubierto de 8 mm por 50 mm logrando excluir el seudoaneurisma en forma exitosa. Control con ecodoppler y con Tomografía con permeabilidad conservada durante los 3 años de seguimiento. Caso 2: Paciente de 28 derivado por masa pulsátil en base derecha de cuello asociada a compromiso neurológico de miembro superior izquierdo. Antecedentes de cervicotomía exploradora homolateral por herida de arma de fuego cuatro meses previo a consulta. Nefrectomía por herida de arma de fuego. Se realiza ecodoppler arterial de miembro superior constatando seudoaneurisma subclavio de 8 cm de diámetro con escaso trombo. Angiotomografía evidencia permeabilidad del seudoaneurisma a 8 mm de origen de arteria vertebral. Se realiza colocación de stent cubierto con PTFE 8 por 50 mm inmediatamente distal a origen vertebral. Buena evolución. Control tomográfico sin evidencia de fugas.

Conclusión: Los pseudoaneurismas de Arteria subclavia son entidades poco comunes asociadas por lo general a origen traumático. La posibilidad del tratamiento endovascular reduce las complicaciones neurológicas derivadas del abordaje quirúrgico. La evolución a largo plazo debe ser analizada, principalmente en pacientes jóvenes, lo cuales son mas susceptibles de presentar dicho cuadro.

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LA ARTERIA FEMORAL COMÚN MEDIANTE STENTS AUTOEXPANDIBLES DE NITINOL. SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO.**Autor principal:** Martín Rabellino (*-1)**Autores:** Cesareo Vicente(2); Oscar Peralta(1); Pablo Rodríguez(1); Marcelo Halac(2); Jorge Balaguer(2); Esteban Mendaro(1); Sergio Shinzato(1); Ricardo García-Monaco(1)

***Servicio de Angiografía y Terapéutica Endovascular, Hospital Italiano de Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires / Servicios: (1)Departamento de Angiografía y Terapéutica Endovascular. Hospital Italiano de Buenos Aires. / (2)Departamento de Cirugía Cardiovascular. Hospital Italiano de Buenos Aires.**

Objetivo: Valorar el resultado a largo plazo del tratamiento endovascular mediante la colocación de stents autoexpandibles descubiertos de nitinol en las lesiones que comprometen la arteria femoral común.

Material y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de 16 pacientes tratados con stents autoexpandibles de

nitinol en lesiones de la arteria femoral común en un periodo de tiempo comprendido entre diciembre de 2004 a agosto de 2013.

Resultados: De las 16 lesiones tratadas, 6 fueron secundarias a complicaciones del cierre percutaneo; 3 casos por disección arterial tras colocación de una endoprótesis aórtica; 4 por lesiones ateroscleróticas; 1 post cirugía de cadera; 1 por sangrado y la restante por disección tras un angioplastia y stent de la arteria ilíaca externa ipsilateral. Todos los stent fueron stents autoexpandibles de nitinol, 15 stent fueron descubiertos y uno cubierto. Se obtuvo el éxito técnico en el 100% de los casos. No hubo complicaciones durante la hospitalización. La media de seguimiento fue de 29 meses observándose una permeabilidad primaria del 100%.

Conclusión: La cirugía abierta continúa siendo el tratamiento de elección para las lesiones que afectan la arteria femoral común, no obstante es importante conocer estos resultados, ya que esta alternativa es una opción válida dentro del arsenal terapéutico para el tratamiento de las diferentes lesiones que afectan esta localización anatómica.

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LAS COMPLICACIONES ALEJADAS DE LA COARTACIÓN AÓRTICA EN EL ADULTO. PRESENTACIÓN DE CASOS.

Autores: Dario Chikiar; G Pfund; I de Luca; P Gillen; G Foster; F Yune; M Castelli; P Zaehlerer

Introducción: Los avances en el tratamiento quirúrgico de la coartación de aorta han aumentado la esperanza de vida y reducido la mortalidad asociada inicialmente. Lamentablemente el promedio de vida después de la reparación quirúrgica abierta es de 35 a 50 años. Los pacientes intervenidos tienen morbilidades por la formación de aneurismas, hipertensión, enfermedad coronaria, o stroke. Además de tasas de reestenosis del 30% e hipertensión persistente. Actualmente las terapéuticas endovasculares son una buena opción para el tratamiento inicial de la patología, como así también de las complicaciones alejadas en pacientes tratados o no previamente.

Objetivo: Analizar los casos intervenidos por vía endovascular por presentar complicaciones alejadas por coartación aórtica.

Material y Método: Se presentan 4 pacientes adultos con complicaciones de coartación aórtica que fueron intervenidos durante el periodo 2007 - 2012, en un centro monovalente.

Resultados: De los cuatro pacientes 2 eran mujeres (50%), 3 pacientes habían sido intervenidos previamente por coartación aórtica por vía convencional. Uno de ellos presentaba coartación aórtica no tratada previamente con un pseudoaneurisma aórtico asociado. Todos los pacientes eran tratados por hipertensión arterial mal controlada. Los procedimientos se realizaron con accesos femoral y radial para medición de gradientes de presión. No hubo mortalidad en la serie, un paciente presentó una oclusión ilíaco-femoral por lo que se realizó un by pass aórtico-femoral.

Conclusión: El tratamiento endovascular de la coartación aórtica del adulto es una técnica emergente que ha demostrado ser de suma utilidad en corto y mediano plazo.

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR EN EL SÍNDROME AÓRTICO AGUDO.

PRESENTACIÓN DE 24 CASOS CONSECUTIVOS.

Autores: Ignacio de Luca; Guillermo Pfund; Dario Chikiar; Pablo Gillen; Gloria Foster; Fabian Yune; Mariano Andres Casselli; Patricio Zaehlerer

Introducción: El síndrome aórtico agudo es definido como un proceso que afecta la pared de la aorta que puede determinar la ruptura de la arteria implicando alto riesgo. El advenimiento de las terapias endovasculares redujo notablemente la morbilidad en este grupo de pacientes.

Objetivo: Analizar los resultados del tratamiento endovascular en 24 casos consecutivos de síndrome aórtico agudo en un centro monovalente.

Material y Método: 24 pacientes con síndrome aórtico agudo fueron tratados en el periodo 2008-2013, por vía endovascular con prótesis de Bolton Relay. Los pacientes fueron diagnosticados mediante tomografía axial computada con contraste endovenoso y/o eco transesofágico y fueron intervenidos dentro de las dos horas del ingreso por guardia.

Resultados: Se trataron 24 casos de síndrome aórtico agudo, 16 (66.6%) eran de sexo masculino. 22 pacientes ingresaron sintomáticos (92%) y 2 con síntomas inespecíficos (8.33%), 6 (25%) presentaban descompensación hemodinámica. Los síntomas predominante en los pacientes al ingreso fueron 15 (62.5%) dolor interescapular, precordial o torácico y abdominal, 5 (20.8%) isquemia visceral, 5 (20.8%) con hipertensión refractaria y uno (4.16%) con isquemia en MMII. Los diagnósticos de ingreso fueron 3 (12.5%) hematomas de la aorta torácica, 2 (8.33%) úlceras aórticas, 4 aneurismas torácicos rotos (16.6%) y 15 (62.5%) disecciones. Todos los pacientes recibieron tratamiento endovascular. A dos pacientes se les realizó un by pass subclavio-subclavio por oclusión intencional de la arteria subclavia izquierda. Ningún paciente falleció durante el procedimiento, 5 (20.8%) murieron en el postoperatorio durante la internación. Un paciente (4.16%) presentó insuficiencia renal aguda que requirió diálisis. A una paciente (4.16%) se le efectuó hemicolectomía derecha por isquemia intestinal.

Conclusión: El tratamiento endovascular es una alternativa terapéutica en el síndrome aórtico agudo, a pesar de seguir teniendo la enfermedad una alta tasa de morbilidad.

TRAUMA VASCULAR NUESTRA EXPERIENCIA EN 5 AÑOS

Autores principales: Agudiak Sebastián; Odorizzi Diego

Autores: Medina D'Incal Gustavo; Reinhart Diego; Ferreira Karina; Flores Carlos; Rios Hernan; Jarat Pablo; Cuacci Alejandro; Quintana Marcos

Hospital Interzonal General de Agudos San Martín, La Plata, Buenos Aires, Argentina

Introducción: La Enfermedad Trauma ha sido considerada desde hace muchos años la enfermedad negada de la sociedad moderna y un problema de la salud pública en América. Esto es debido que no ha existido, excepto en países desarrollados, políticas de salud destinadas a paliar esta seria enfermedad endémica y que contemple todo sus aspectos. En los países en desarrollo es la primera causa de muerte, con repercusión directa en el ámbito social, sanitario y económico. El Hospital San Martín de La Plata a través del Servicio de Cirugía Vascular y Endovascular, y el Sistema de Emergencia del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, coordina el manejo y tratamiento de la patología trauma vascular.

Diseño: Análisis retrospectivo y descriptivo.

Material y Método: análisis retrospectivo y descriptivo de historias clínicas de pacientes con enfermedad trauma vascular desde el 1 de julio del 2008 hasta el 1 de julio del 2013, donde se analizó epidemiología, mecanismo de acción del trauma, zonas afectadas, tratamiento y evolución.

Resultados: de 241 pacientes, el 84,7% son masculinos y 15,3% femenino, la edad promedio 26.7 años, el mecanismo de acción fue penetrante en 179 pacientes (74,6%) y contuso en 62 pacientes (25,6%). Presentaron lesiones en el cuello 5,6%, tórax 15,4%, abdomen 17,8% y miembros 61,2%. Como tratamiento quirúrgico se realizó by pass 37,23%, resección y anastomosis termino terminal 53,43%, ligadura primaria 7,65%, endoproteesis torácicas 1,06% y stents periféricos 0,63%. El tiempo de estadía promedio fue 14,6 días, con una mortalidad de 7,1%. Las amputaciones realizadas corresponden a 14 pacientes (9,4%) y se realizaron 9 fasciotomías (6,3%).

Conclusión: se asistió a los pacientes víctima de la enfermedad trauma vascular a través de un sistema de atención que representa la prevención terciaria y se activa desde el momento en que la persona se lesiona. Este sistema intersectorial e interdisciplinario implementado nos acerca a la casuística de los centros de trauma reconocido y calificado, lográndose una disminución de las consecuencias de esta enfermedad.
