

Sociedad Mexicana de Angiología y Cirugía Vascular, A. C. **XXXVIII Congreso Nacional de Angiología y Cirugía Vascular** **Puerto Vallarta, Jal.**

4 al 7 de octubre de 2006

PÓSTERS

TRATAMIENTO COMBINADO ENDOVASCULAR ARTERIAL Y VENOSO COMPLEMENTADO CON CIRUGÍA CONVENCIONAL EN UN HEMANGIOMA CAVERNOSO FACIAL. REPORTE DE UN CASO

Dr. N. Rodríguez Ramírez, Dr. H.D. Piñón, Dr. P.S. Benites, Dra. G. Torres, Acad. Dr. J.M. Rodríguez Trejo
Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" ISSSTE. Instituto Nacional de Ciencias Médicas de la Nutrición Salvador Zubirán, S.S. México, D.F.

Femenino de tres meses de edad que nació con lesión en nariz y cara, del lado izquierdo, la que fue aumentando de volumen rápidamente, razón por la que fue valorada y evaluada para descartar otro tipo de malformaciones faciales e intracraneales, estableciéndose el problema sólo de vasos arteriales y venosos que irrigaban la cara; se realizan tomografías, Doppler dúplex arterial y venoso y se decide efectuar arteriografía selectiva, encontrando que la malformación dependía directamente de las arterias facial, maxilar y mandibular, realizándose abordaje selectivo con un microcatéter y efectuando embolización selectiva con micropartículas de dichos vasos, se obtiene un buen resultado angiográfico; posteriormente se realizó en el mismo tiempo quirúrgico ligadura selectiva de la carótida externa por arriba de la arteria tiroidea superior. A los tres meses se revalora el resultado y se realiza nuevo Doppler dúplex encontrando disminución significativa del flujo arterial, por lo que se somete a la paciente a un procedimiento directo en la malformación con láser endoluminal de diodo de 980 nm, con una fibra óptica de 200 micras a potencias variables de 3 a 6 wats, logrando disminuir el volumen de la malformación de manera considerable. Al mismo tiempo se coloca un expansor tisular frontal con miras al procedimiento reconstructivo final por parte de cirugía plástica.

Tres meses después, en conjunto con cirugía plástica y reconstructiva, se realiza la resección completa del tumor, habiendo sido previamente evaluado y realizado fototerapia de las áreas del tumor, con láser, pudiendo resecarlo en su totalidad y realizando el proceso reconstructivo completo y sin sangrado con un resultado definitivo y estético satisfactorio.

COLOCACIÓN DE STENT ILÍACO

Dra. Sánchez Nicolat, Dr. Serrano Lozano, Dr. Gutiérrez Ferreira, Dr. Flores Escartín
Hospital Reg. "Lic. Adolfo López Mateos", ISSSTE. México, D.F.

Este trabajo es un reporte de caso de salvamento de extremidad única mediante colocación de Stent ilíaco derecho de una paciente de 76 años de edad; con antecedentes de importancia de carga genética y portadora de diabetes mellitus tipo 2 desde hace doce años, manejada con hipoglucemiantes oral; hipertensión arterial detectada cuatro meses previos a ingreso y controlada mediante inhibidor de ECA. Tabaquismo por 59 años a razón de ocho a 10 cigarrillos al día. Cirugía de endarterectomía carotídea izquierda hace dos años con transfusiones sin reacción; facoemulsificación ocular derecha y neumotórax iatrogénico hace tres años, resuelto por pleurostomía. Amputación de miembro pélvico izquierdo por isquemia arterial irreversible.

Inicia su padecimiento dos meses previos a ingreso, por presentar dolor al reposo en miembro pélvico derecho, intenso, con disminución de la fuerza muscular al apoyo, disminución de temperatura de la extremidad, sensación de parestesias. Clínicamente con cuello sin soplos audibles, cicatriz quirúrgica antigua en el lado izquierdo. Tórax sin alteraciones al igual que abdomen, el que se muestra blando, sin masas pulsátiles o soplos. Con ausencia quirúrgica de extremidad izquierda, muñón de amputación supracondílea sin anomalías. Miembro pélvico derecho íntegro, con adecuada coloración, conservando temperatura y sensibilidad en toda su extensión; pulso femoral palpable 1/3, poplíteo 1/3, ausencia de pedio y tibial posterior. Flujo monofásico en femoral, poplíteo y pedia, ausente en tibial posterior, índice tobillo brazo de 0.58. Se observa lesión ulcerosa sobre maleolo externo sin datos de infección.

La arteriografía demuestra estenosis de iliaca derecha en tercio superior, femoral superficial y profunda con múltiples defectos de llenado: enfermedad iliofemoral y de vasos tibio-peroneos. Se logró la colocación exitosa de un Stent tipo Express LD autoexpandible, con una permeabilidad satisfacto-

ria y una recuperación de pulso femoral y poplíteo 2/3, pedio y tibial posterior de 1/3. Índice tobillo brazo de 0.7. El dolor disminuyó considerablemente caracterizándose como neurítico mismo que ha mejorado mediante medicación, según control subsecuente en la Consulta Externa.

FÍSTULA AORTOENTÉRICA PRIMARIA. REPORTE DE CASO CLÍNICO

Dr. Jesús García Pérez, Dr. Carlos E. Ortega, Dr. Ricardo Lucio Gil, Dr. Raúl A. Baelis Arzápalo, Dr. Carlos Díaz Durand, Dr. Luis A. Castillo González

Instituto Mexicano del Seguro Social. Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI, México, D.F.

Objetivos: Presentación de un caso clínico y evolución de aneurisma de aorta abdominal asociado con fístula aortoentérica en nuestro centro hospitalario.

Metodología: Reporte de caso clínico: Femenino de 76 años de edad, ama de casa, viuda, católica. Antecedentes heredofamiliares: Abuela materna con hipertensión arterial. Madre con diabetes mellitus tipo 2.

Antecedentes personales patológicos: Diabetes mellitus de 30 años de evolución en control con hipoglucemiantes orales. Tabaquismo positivo a razón de cinco cigarros al día, desde los 30 hasta los 63 años de edad, apendicectomía a los 25 años de edad.

Patología actual: Se inicia a dos días previos a su ingreso con cuadro de dolor abdominal acompañado de náuseas, así como vómito de contenido intestinal y evacuaciones melénicas en cuatro ocasiones, motivo por el cual acude la paciente para valoración.

Exploración física: Consciente, ligeramente desorientada, con palidez de mucosas y de tegumentos con frecuencia cardiaca de 100 por minuto, presión arterial de 100/60, con temperatura de 36 grados centígrados, respiratorio con buena entrada y salida de aire con precordio sin alteraciones, abdomen distendido doloroso a la palpación media y profunda en todo el abdomen, con peristalsis disminuida con sintomatología de irritación peritoneal, presencia de soplo abdominal, extremidades inferiores con pulsos femorales 2/3, poplíteos 2/3, tibial anterior 1/3 y tibial posterior ausentes, con buen llenado capilar y adecuada temperatura, a nivel de miembros torácicos con integridad arterial de proximal a distal.

La paciente es valorada por el Servicio de Gastrocirugía, quien decide tratamiento quirúrgico, previa realización de tomografía, abdominal, en donde se reveló la presencia de aneurisma de aorta abdominal, entra a quirófano en forma conjunta con el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, así como Servicio de Gastrocirugía.

Resultados: Durante abordaje quirúrgico, tanto infraclavicular derecho, así como inguinal derecho, se le realizó derivación axilofemoral derecha con injerto anillado de ePTFE, de 6 mm por 70 cm y posteriormente se le realizó abordaje transabdominal (laparotomía exploradora), con la presencia de sangre libre en cavidad, así como aneurisma de aorta abdominal de 6.5 cm de diámetro, yuxtarenal, a nivel de tercera porción de duodeno se observa fístula aortoentérica; se le realizó aneurismectomía de aorta con ligadura de la misma, la pacien-

te pasó en su postoperatorio inmediato a Unidad de Cuidados Intensivos, presentó acidosis metabólica severa, falla multiorgánica y fallecimiento 36 horas posterior a su evento quirúrgico.

Conclusión: Las fístulas aortoentéricas se clasifican en primarias y secundarias, el tipo de fístula en nuestra paciente fue primaria de tipo I siendo las primeras las de mayor incidencia y los aneurismas de aorta hasta 80% de la causa, la sintomatología clásica es una tríada de hemorragia de tubo digestivo, dolor abdominal y masa pulsátil, el tratamiento quirúrgico tiene una mortalidad de 25 a 90%.

ROTACIÓN DE COLGAJO DE PIERNA, PARA MANEJO DE CIERRE DE HERIDA EN AMPUTACIÓN TRANSMETATARSIANA ABIERTA

Dr. Julio Serrano Lozano, Dra. Nora E. Sánchez Nicolat, Dra. Norma Cortés Jiménez, Dr. Martín Flores Escartín, Dr. Miguel A. Cisneros Tinoco, Dra. Luz María Heredia Porto, Dr. Juan Carlos Moreno Rojas
Naucalpan, Edo. de Méx.

Introducción: Con la finalidad de bajar el nivel de amputación en extremidades, y promover una recuperación y rehabilitación rápida, se considera realizar en la medida de lo posible la menor pérdida de tejido. Es frecuente que en el manejo del pie diabético sea necesario amputar, y no siempre es posible el cierre primario, y debe manejarse como una herida abierta con cierre por segunda intención, lo cual retarda la rehabilitación; por lo tanto, debe considerarse la rotación de colgajos, en especial de espesor total, buscando con ello garantizar el aporte sanguíneo necesario para la integración del injerto.

Método: Presentamos un caso, en el cual se toma injerto de espesor total de tercio medio de cara posterior de pierna, tunelizamos su pedículo para poder llevarlo hasta el muñón en una amputación transmetatarsiana.

Paciente masculino, de 83 años de edad, alcoholismo positivo desde la adolescencia, tabaquismo positivo desde los 30 años consumiendo un promedio de cuatro cigarros al día, prostatectomía abierta hace 10 años. Acude con isquemia crítica por lo que es intervenido quirúrgicamente, realizando arteriografía transoperatoria en la que se mostraba dos vasos de salida, arteria tibial anterior y posterior, por lo que se decide a realizar bypass poplíteo-tibial anterior y amputación transmetatarsiana, a los 15 días de este evento se decide rotación de injerto de cara posterior de muslo, tunelizando a través de superficie de tendón de Aquiles, para llegar a muñón de antepié. A los 15 días, identificamos integración de injerto con recubrimiento de área cruenta.

Resultados: El paciente posterior a la revascularización distal y rotación de colgajo evoluciona satisfactoriamente, con integración del injerto, disminución gradual de la claudicación, apoyado con el ejercicio y elevación del índice tobillo brazo (previo de 0.3 y actual de 0.8), a las ocho semanas de evolución.

Conclusión: Es claro que al promover mayor flujo sanguíneo mediante la revascularización, en la extremidad y las medidas de higiene arterial, tenemos mejoría clínica en los pacien-

tes con insuficiencia arterial crónica; además que se logra rotar un injerto con su pronta integración, lo que finalmente reduce el tiempo de rehabilitación e incluso para el uso de prótesis.

FAVI PARA HEMODIÁLISIS CON PTFE HÚMERO-AXILAR MIEMBRO TORÁCICO IZQUIERDO DISFUNCIONAL POR ESTENOSIS PROXIMAL DE VENA SUBCLAVIA. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR; REPORTE DE UN CASO

Dra. María de la Luz Heredia Porto, Dr. Julio Abel Serrano Lozano, Dra. Nora Sánchez Nicolat, Dr. Martín H. Flores Escartín, Dra. Norma Cortés Jiménez, Dr. Juan Carlos Moreno Rojas Cd. Nezahualcóyotl, Edomex.

Introducción: Las estenosis venosas centrales pueden disminuir significativamente la efectividad de los accesos para hemodiálisis. Se ha documentado la incidencia de estenosis venosas hasta en 30%. El manejo óptimo de estas estenosis permanece controversial. El tratamiento quirúrgico abierto es exitoso con permeabilidad al año de 80-85%, respecto a las angioplastias venosas, las desventajas son el mal estado de salud de estos pacientes diabéticos para ser sometidos al abordaje torácico. La angioplastia transluminal percutánea es una técnica eficiente con reportes de permeabilidad de 85% a 30 días, 55% a seis meses y 43% a un año. Con un aumento en la permeabilidad primaria asistida de 80% a un año y 64% a dos años en el paciente con insuficiencia renal.

Método: Se describe el caso de una paciente de 63 años de edad, diabética, hipertensa y con IRC de tres años de evolución, a quien se le había realizado una FAVI antecubital en miembro torácico izquierdo, con disfunción de la misma, sometida a remodelación de la misma y con evidencia transoperatoria de permeabilidad del sistema venoso superficial y profundo, posteriormente disfunción. Por lo que se realizó FAVI con PTFE humero-axilar y disfunción de la misma a los cuatro meses por robo de arteria cubital.

Se realizó Doppler dúplex venoso que reportó: en lado derecho venas yugulares interna y externas permeables y trombosis de vena subclavia. En el lado izquierdo con yugulares permeables, así como la vena subclavia, catéter subclavio izquierdo colonizado con *Estafilococo aureus* sensible a imipenem.

Se realizó flebografía con evidencia de vena humeral y axilar, sin demostrarse vena subclavia derecha. La paciente fue sometida a exploración de injerto de PTFE previo humero axilar, encontrando trombo sin lograr embolectomía, identificando vasos humerales distales se refieren y por una de las venas humerales, se maneja como vía de trabajo realizando flebografía identificándose estenosis de 80%. Aplicamos stents de 9 mm de diámetro y 27 mm de longitud, recubierto de PTFE y alma de acero en dicho sitio, evidenciando mejoría del flujo mayor de 90%, posterior a la colocación. Garantizada la salida del flujo, realizamos nueva FAVI con PTFE cónico en asa sobre antebrazo, con vasos humerales; únicamente identificando fibrosis abundante por cirugías previas.

Resultados: En un seguimiento a tres meses, la paciente presentó permeabilidad de fístula arteriovenosa, así como a nivel de la vena subclavia izquierda.

En este tipo de paciente con accesos vasculares limitados, consideramos que el tratamiento endovascular es una opción a considerar.

ANEURISMA MICÓTICO HUMERAL. REPORTE DE UN CASO

Dr. Jesús García Pérez, Dr. Ricardo Lucio Gil, Dra. Marlene Pérez Linares, Dr. Flavio Manrique Maldonado Centro Médico Nacional. SXXI, Hospital de Especialidades, Servicio de Angiología, México, D.F.

Objetivo: Reportar el caso de una patología vascular poco frecuente.

Métodos: Revisión de literatura significativa sobre el tema, correlacionándola con el caso clínico de nuestra paciente.

Resumen: Paciente femenino de 25 años, de ocupación estudiante, con AHF: D.M. 2 e HAS padre. APP: Sin crónico-degenerativos, endocarditis infecciosa diagnosticada en enero de 2006, con lesión de válvula aórtica, por lo que se le colocó una prótesis sintética aórtica, tabaquismo uno a tres cigarrillos al día por tres años, etilismo ocasional, alérgica a la vancomicina. Bajo tratamiento actual con warfarina VO 10 mg/10 mg/7.5 mg alternados.

PA: Padecimiento de cuatro meses de evolución caracterizado por presencia de una masa en región del tercio superior de brazo derecho contiguo a región axilar, no doloroso, de crecimiento gradual, que no dificulta los movimientos del brazo.

EF: Se observó masa en tercio proximal cara anteromedial brazo derecho, pulsátil, no doloroso, de consistencia blanda, fija a planos profundos, con soplo auscultable. Se realizó ecografía Doppler reportando un aneurisma humeral derecho.

Se realizó exploración humeral derecha, con resección del aneurisma e interposición de un injerto de vena safena inversa autóloga con anastomosis término-terminal, evolucionando favorablemente.

Reporte histopatológico: Aneurisma inflamatorio de la arteria humeral con trombosis reciente y antigua.

Revisión: Un aneurisma micótico es un aneurisma adquirido, causado por la infección de la pared arterial. Estos aneurismas alguna vez muy frecuentes en pacientes con endocarditis infecciosa, son raros desde el advenimiento de los antimicrobianos.

Los aneurismas micóticos de origen cardioembólico son más comunes intracraneales, en la aorta abdominal, la femoral y la arteria mesentérica superior. Hay pocos reportes de aneurismas micóticos humerales por este mecanismo y muchos son de la era preantibiótica, aquí realizamos el reporte de un caso.

El cuadro clínico se caracteriza por fiebre y tumor pulsátil doloroso en la vecindad de vasos arteriales de mediano o gran calibre, thrill o soplo pueden estar presentes. El US dúplex puede confirmar el diagnóstico y la arteriografía puede ser de ayuda para planear la cirugía.

Las estrategias quirúrgicas usadas actualmente son:

- 1) Ligadura del segmento arterial infectado, seguida de debridación de todo el tejido necrótico e infectado.
- 2) Ligadura y debridación seguida de revascularización selectiva (en un segundo tiempo).

3) Simultáneo: ligadura, debridación e inmediata revascularización.

La colocación de un injerto directamente en el área infectada se ha asociado con infección recurrente en 50% de los casos, cuando se usa un injerto sintético aun extraanatómicamente, se ha reportado en algunas series la reinfección de todos los casos y trombosis del injerto frecuente. El injerto de safena autóloga es más resistente a la infección, cuando ésta no es útil se pueden usar venas profundas del muslo (femoral superficial o poplíteas) con resultados satisfactorios.

Conclusiones: Los aneurismas micóticos secundarios a endocarditis infecciosa siguen presentándose a pesar del tratamiento antimicrobiano, son indicación indiscutible de cirugía y en la mayoría de los casos, ésta es resolutive en conjunto con antibióticos específicos al microorganismo involucrado.

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LA ENFERMEDAD OCLUSIVA DE LAS RAMAS DEL ARCO AÓRTICO

Dr. Miguel Rosas Flores, Dr. Hernán Huerta Huerta, Dr. Gustavo Soriano Aldama, Dr. José Luis Zárraga Rodríguez, Dr. Flavio Antúnez Gil, Dr. Abel Serrano Lozano, Dra. Nora Sánchez Nicolat
Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos". México, D.F.

Antecedentes: La enfermedad oclusiva de las ramas del arco aórtico se define como la afección estenótica u oclusiva de las arterias innominadas, subclavia o carótida común, que resulta en flujos sanguíneos bajos o embolización hacia el territorio cerebral o de las extremidades superiores.

La etiología más frecuente de estas lesiones es la aterosclerosis, sin embargo, siempre deberá considerarse la posibilidad de arteritis, en los diagnósticos diferenciales.

El escenario clínico de un paciente que presenta síntomas de enfermedad oclusiva de grandes vasos es variable, dependiendo del tipo, localización y extensión de las lesiones; pudiendo presentarse con problemas embólicos caracterizados por ataques isquémicos transitorios o eventos vasculares cerebrales, síndrome del robo de la subclavia y con eventos isquémicos o embólicos del miembro torácico.

Objetivo: Señalar la etiología, fisiopatología, cuadro clínico y tratamiento de la enfermedad oclusiva de las ramas del arco aórtico, haciendo énfasis en el manejo endovascular, a través de la presentación de un caso clínico.

Informe del caso: Presentamos el caso de un paciente de 58 años de edad, originario y residente del D.F., obrero, escolaridad secundaria, casado, sin enfermedades crónicas degenerativas, con tabaquismo intenso desde los 15 años, a razón de dos cajetillas al día. Acude a este servicio por cuadro clínico caracterizado por dolor en extremidad superior izquierda, de intensidad moderada, punzante, el cual se presenta al realizar actividades físicas cotidianas, que requieren el uso de la extremidad superior, dicha sintomatología remite con el reposo y la posición en declive de miembro torácico izquierdo.

A la exploración física se percibe la presencia de soplo a nivel de la arteria subclavia izquierda, y una diferencia en las cifras tensionales mayor de 40 mm Hg entre ambos miembros torácicos, a favor del miembro torácico derecho, sin soplos a

nivel carotídeo. Ante esta situación se realiza USG Doppler dúplex donde se menciona que no hay flujo en la arteria carótida común izquierda, y se percibe estenosis mayor de 60% en arteria subclavia izquierda. Se realiza arteriografía observándose oclusión de la arteria carótida común izquierda, arteria carótida interna y externa del mismo lado, además de estenosis proximal de 69% de la arteria subclavia izquierda. Ante este cuadro clínico se decide realizar tratamiento endovascular con angioplastia y colocación de stent en arteria subclavia izquierda.

Resultados: A través de acceso vascular femoral se realiza angioplastia y colocación de stent periférico recubierto de PTFE ADVANTA marca ATRIUM, lográndose la permeabilidad de la arteria subclavia izquierda, en más de 90% de su luz, sin incidentes o accidentes, se verifica el éxito terapéutico con arteriografía.

Conclusiones: La terapia endovascular, es una herramienta valiosa e invaluable, en el arsenal del cirujano vascular, logrando disminuir la morbimortalidad, la estancia hospitalaria y los costos que representan este tipo de patologías.

ENFERMEDAD MULTIANEURISMÁTICA. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Dr. Benjamín Sánchez Martínez, Dra. Silvia Magdalena Guzmán Rico, Dr. José Manuel Godínez Sagastume
Centro Médico Nacional Siglo XXI. D.F.

Introducción: Los aneurismas degenerativos o arterioscleróticos son los más frecuentes con una proporción que en la mayoría de las series se aproxima a 7/1 en varones, y 3/1 en mujeres. Tres por ciento de pacientes con AAA tienen aneurismas periféricos, pero más de 70% de pacientes con un aneurisma periférico tienen asociado AAA. Los aneurismas poplíteos están presentes en 6 a 12% de los pacientes con AAA y un tercio de pacientes con AAA con aneurismas poplíteos tienen AAA. Gloviczki y asociados encontraron aneurismas múltiples en 3.4% de los pacientes con aneurismas aórticos, de los cuales 75% son del sexo masculino.

Objetivo: Reporte de un caso de paciente con enfermedad multianeurismática: aneurisma aórtico, aneurisma de arteria renal izquierda y aneurisma poplíteo bilateral sometido a tratamiento quirúrgico exitoso.

Método: Masculino de 71 años de edad que se presenta clínicamente con dolor súbito de extremidad inferior derecha, con dificultad para la deambulación y claudicación intermitente a menos de 40 metros con periodo de recuperación de diez minutos.

Arteriografía femoral y de lechos distales con hallazgos de aneurisma de aorta abdominal infrarrenal, aneurisma de arteria renal izquierda y aneurisma poplíteo bilateral con datos de trombosis del lado derecho.

Se realiza resección de aneurisma poplíteo derecho mediante abordaje posterior y colocación de injerto de ePTFE anillado de 6 mm, con anastomosis término-terminal, encontrando aneurisma poplíteo trombosado de 5 x 4 cm. En un segundo tiempo resección de aneurisma poplíteo izquierdo mediante abordaje posterior con interposición de injerto de ePTFE de 8 mm, con hallazgo de aneurisma de 3 x 5 cm.

Resultados: En el postoperatorio el paciente se encuentra asintomático, estado que mantiene durante el seguimiento, sin datos de claudicación, con integridad arterial a todo nivel.

Conclusiones: La enfermedad aneurismática arterial con frecuencia es multifocal y, tanto en la aorta como en otros territorios del sistema arterial, estos focos pueden aparecer de forma simultánea o desarrollarse en distintos momentos evolutivos. Los aneurismas más comunes se encuentran a nivel aórtico infrarrenal (70%), suprarrenal y toracoabdominal (15%), femoral (5%), poplíteo (4%) y misceláneos (6%). Se estima que la incidencia de los aneurismas de arteria renal (AAR) es baja. El aneurisma poplíteo es el periférico más frecuente y predomina en varones a partir de los 60 años de edad. Se asocia a AAA en 40% y de 50 a 70% son bilaterales. La indicación de tratamiento quirúrgico no es un tema de controversia cuando el diámetro del aneurisma supera los 2 cm y se manifiesta clínicamente con grados más o menos graves de isquemia aguda de la extremidad, bien por trombosis del propio aneurisma, bien por embolización distal. En aneurismas trombosados, se ha reportado un índice de permeabilidad a cinco y 10 años de 60 y 80%, respectivamente.

ANEURISMA EMBOLIZANTE DE ARTERIA AXILAR

Dr. J.C. Parodi, Dr. A.R. La Mura, Dr. L.M. Ferreira, Dr. E. Ruslender, Dra. N. Sánchez Nicolat
México, D.F.

Introducción: Los aneurismas de la arteria axilar son poco frecuentes; causados por aterosclerosis, síndrome de salida torácica y trauma. Entre sus manifestaciones clínicas más frecuentes se encuentran: masa pulsátil en el hueco axilar, tromboembolismo distal y más raramente ruptura aneurismática.

Paciente y método: Presentamos el caso de paciente femenino de 65 años con antecedente de Enfermedad de Raynaud, que consulta por presentar dolor agudo, palidez y parestesias en miembro superior izquierdo de 48 horas de evolución. Al examen físico se observa masa pulsátil a nivel del hueco supraclavicular y hueco axilar izquierdo, pulso humeral disminuido y ausencia de pulsos distales. Se decide realizar:

- Arteriografía.
- Tromboembolectomía.
- Infusión intraarterial de trombolíticos TPA 10 mg y PGE1 100 mg.
- Exclusión endoluminal del aneurisma con Stent graft Heimbahn TM (WL Gore, Flagstaff, AZ) por vía femoral.

Resultados: Evolución postoperatoria satisfactoria con alta al segundo día de postoperada, sin datos de isquemia en la extremidad.

Discusión: El tratamiento quirúrgico convencional en los aneurismas de arteria axilar requiere abordajes extensos y en ocasiones toracotomía, así como realización de bypass con vena safena interna invertida.

Conclusión: El abordaje endovascular para el tratamiento de aneurisma de arteria axilar, es una adecuada opción, siendo menos traumática y segura. Mediante un procedimiento per-

cutáneo realizado con anestesia local se logró la exclusión definitiva del aneurisma.

ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL (AAA) INFRA-RRRENAL: MANEJO ENDOVASCULAR

Dra. Nora Sánchez Nicolat, Dr. Julio Abel Serrano Lozano, Dr. Marco Antonio Meza Vudoyra, Dr. Martín Flores Escartín, Dr. Miguel Ángel Cisneros Tinoco, Dr. Juan Carlos Jordán López
Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE, México, D.F.

Introducción: En la era del manejo endovascular de los aneurismas de aorta abdominal, el manejo quirúrgico abierto, continúa siendo el tratamiento de elección. En la literatura internacional, el manejo endovascular ha demostrado ser un tratamiento seguro, eficaz, con disminución del sangrado transoperatorio, así como días de estancia hospitalaria y en sala de cuidados intensivos. Se indica en pacientes con anatomía aórtica favorable, abdomen hostil, alto riesgo para cirugía abierta, entre las más importantes.

Pacientes y métodos: Presentamos el caso de un paciente de 82 años de edad, atendido en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE, con fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida, neuropatía restrictiva moderada-severa, IMC 25, abdomen hostil secundario a múltiples cirugías abdominales por enfermedad complicada de colon izquierdo hace 12 años. Ingresó por cuadro de dolor en región lumbar izquierda, se documenta aneurisma de aorta abdominal infrarrenal con diámetro de cuello de 2.58 cm, longitud del mismo 19 mm, longitudes de iliaca interna de 18 y 17 mm en lados derecho e izquierdo respectivamente. Se realiza colocación de endoprótesis Zenith mediante abordaje inguinal bilateral. Durante la canulación de la pata contralateral se cursa con dificultades técnicas, por lo que se opta por abordaje de arteria humeral izquierda a partir de la cual se avanza guía hidrofílica, alcanzando la endoprótesis, se extrae por la pata contralateral y es recuperada por un asa endovascular introducida por el acceso femoral izquierdo para la colocación de la pata contralateral. De acuerdo con el control angiográfico, al final del procedimiento, no se evidencian endofugas. El paciente cursa satisfactoriamente y se egresa por mejoría.

Discusión: En pacientes con alto riesgo quirúrgico, así como con abdomen hostil, está indicado el uso de terapia endovascular. Se trata del primer caso de AAA en nuestro hospital que es manejado con este tipo de terapia; se realiza la colocación exitosa del dispositivo excluyendo el saco aneurismático, logrando reducir la necesidad de transfusión de hemoderivados, así como los días de estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos y de estancia hospitalaria.

Conclusión: En casos adecuadamente seleccionados, el manejo endovascular de los aneurismas de aorta abdominal infrarrenal es seguro, eficaz y logra disminuir el uso de hemoderivados, así como los días de estancia en UCI y hospitalaria. Es necesario iniciar y desarrollar experiencia en el manejo endovascular de AAA para poder ofrecerlo a nuestra población, ya que de acuerdo con la tendencia mundial puede llegar a ser el manejo de elección de esta patología, contando nuestro país e

institución con los recursos humanos y tecnológicos para su realización.

SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR: TRATAMIENTO ENDOVASCULAR

Dr. J.C. Parodi, Dr. A.R. La Mura, Dr. L.M. Ferreira, Dr. E. Ruslender, Dra. N. Sánchez Nicolat
México, D. F.

Introducción: Los pacientes con insuficiencia renal y fístula arteriovenosa son frecuentemente afectados del síndrome de vena cava superior (SVCS) debido a la colocación de múltiples accesos vasculares en la cintura escapular (estimado en 40%). Se cuenta con múltiples opciones para corregir las lesiones venosas incluyendo la cirugía y los procedimientos endovasculares, que se han modificado a la par con la tecnología y la experiencia, considerado en las patologías benignas como un tratamiento definitivo.

Caso clínico: Presentamos a una paciente de 54 años con antecedente de insuficiencia renal secundaria a poliquistosis renal bajo tratamiento sustitutivo, con hemodiálisis desde hace seis años a través de fístula arteriovenosa húmero-cefálica de miembro superior, la cual cursa con flujos bajos desde hace dos meses. Inicia su padecimiento actual tres meses previos a su ingreso al presentar cefaleas, edema facial, cervical y de miembros superiores, con aumento progresivo de los mismos, así como disfonía. Es valorada por el Servicio de Cirugía Vascular presentando edema en esclavina, quemosis bilateral, múltiples cicatrices por reiterados accesos vasculares así como circulación colateral en hemitórax superior y ambos brazos, con fístula en miembro torácico derecho.

Se decide realizar: Doppler dúplex venoso: vena yugular interna derecha con trombo en su interior. Vena yugular interna izquierda y subclavia permeables. Cavografía: estenosis severa en VCS de 4 cm de longitud, sin trombos intramurales. Angiotomografía computada: intensa circulación colateral en cintura escapular izquierda y estenosis severa de VCS. Se decide realización de angioplastia de VCS, con abordaje a través de catéter yugular interno derecho (catéter de diálisis) y por punción de vena femoral. Se coloca stent balón expandible (Palmaz), obteniendo dilatación adecuada del segmento estenosado. La paciente presenta mejoría del edema facial y cervical, con resolución de la cefalea, mejoría del flujo de la fístula arteriovenosa.

Discusión: Las técnicas quirúrgicas utilizadas para el tratamiento de la estenosis de vena cava superior requieren resección de la clavícula, movilización de la vena yugular interna o esternotomía media; incrementándose con esto la morbilidad y el riesgo quirúrgico aunado al uso asociado de anestesia general. Este tipo de tratamiento se recomienda en pacientes de bajo riesgo quirúrgico y en quienes el tratamiento endovascular ha fallado. Los avances en la terapia endovascular han contribuido al tratamiento, ya que son menos invasivas y seguras, permitiendo preservar las venas nativas con satisfacción del paciente al presentar menos molestias. La permeabilidad primaria y secundaria en la angioplastia con Stent va de

20 a 45% y de 64 a 80% a un año. En la decisión de realizar un procedimiento quirúrgico o endovascular debe considerarse la morbilidad asociada a la cirugía y la alta recurrencia en el tratamiento endovascular. La angioplastia con stent debe tenerse en cuenta para el tratamiento de pacientes con múltiples patologías asociadas, riesgo quirúrgico alto y un número limitado de accesos vasculares.

SÍNDROME DE SALIDA DE TÓRAX Y ANEURISMA POSTESTENÓTICO, REPORTE DE CASO CLÍNICO

Dr. José Salmerón Silva, Dr. Luis Antonio Castillo González, Dr. Carlos Díaz Durand, Dr. Raúl Baelis Arzápalo, Dr. Carlos Serrano Gavuzzo

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS. México, D.F.

Objetivos: Presentación de un caso clínico y evolución del síndrome de salida de tórax asociado con aneurisma postestenótico en nuestro centro hospitalario.

Metodología: Reporte de caso clínico: Se trata de paciente femenino de 28 años de edad, médico veterinario, casada, católica. AHF: Abuela paterna con hipertensión arterial, abuelo paterno fallecido por TEP. Padre con pénfigo vulgar.

APNP: Tabaquismo (+) a razón de seis cigarros al día desde hace seis años, alcoholismo (-).

PA: Lo inicia tres semanas previos a su ingreso con dolor en extremidad torácica derecha, exacerbado por el esfuerzo físico, intensidad moderada, acompañado de parestesias con recuperación en minutos, motivo de ingreso es secundario a presentar nuevo evento al que se agrega lesión isquémica en pulpejo de tercer dedo de mano derecha, complicándose con hipotermia y dolor intenso concluyendo en tratamiento quirúrgico.

E.F: Con soplo supraclavicular derecho holosistólico II/VI no transmitido sin tumores ni pulsos en ese segmento, pulso axilar derecho 2/3, pulsos humeral, radial y cubital no palpable, hiperemia reactiva de antebrazo, con autermia, lesión isquémica en pulpejo de tercer dedo de la mano de 2 x 2 mm, extremidad torácica izquierda normal. Gabinete: USG reporta aneurisma arterial de segmento subclavio.

Resultados: Durante el primer abordaje quirúrgico, se realizó aneurismectomía + interposición de injerto autólogo con vena safena interna (3 cm), con abordaje supra e infraclavicular y resección de segunda porción clavicular, concomitante a exploración axilar y tromboembolotomía, cursó posquirúrgico tórvido, que requirió varias intervenciones en donde se pueden mencionar: Exploración humeral (2) con embolectomía, Derivación húmero-radial y bloqueo axilar farmacológico.

Mejorando finalmente sin dolor isquémico, con color, temperatura y llenado capilar normal, registro de flujos arteriales bifásicos en territorio art. radial.

Conclusión: En el síndrome de salida de tórax arterial (1%) la presentación se encuentra más frecuente en mujeres que en hombres, con una relación de 3-1. Desde 50 hasta 80% son bilaterales. Su manifestación corresponde a cuadro clínico de insuficiencia arterial y el tratamiento quirúrgico se indica cuando se presenta acompañado de: dolor crónico intratable, déficit neurológico, insuficiencia vascular persistente. La le-

sión vascular se encuentra relacionada a fibrosis de la adventicia y dilatación postestenótica por turbulencia condicionando aneurisma, que son los más comunes del segmento axilosubclavio, encontrando aterosclerosis como fisiopatología asociada, estos aneurismas representan 1% de los aneurismas periféricos y se pueden encontrar otros aneurismas a otro nivel hasta en 50%.

SE PRESENTAN CUATRO CASOS DE PACIENTES CON ENFERMEDAD POLIANEURISMÁTICA, RESUELTOS EN EL SERVICIO DE ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR DEL HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO

Dr. Venancio Pérez, Dr. José Luis Paz, Dr. Alejandro Cortina, Dra. Paola Rojas

Hospital Español de México, México, D.F.

Antecedentes: La asociación entre aneurismas poplíteos, femorales y abdominales es bien reconocida. Los aneurismas femorales y poplíteos son amenazantes para la extremidad por el gran potencial que poseen de causar embolia, trombosis o ruptura. El diagnóstico a tiempo de estas entidades es de suma importancia clínica, ya que la reparación electiva conlleva mejores resultados que una revascularización por trombosis aguda de un aneurisma. Varios estudios sugieren que la frecuencia con que se presentan aneurismas periféricos en pacientes con aneurismas aórticos es entre 3.2 y 3.9%, y se reporta que los pacientes con aneurismas poplíteos tienen 40 a 50% de probabilidad de tener un aneurisma abdominal, o 50 a 70% de presentar aneurismas bilaterales. Los aneurismas poplíteos y femorales pueden encontrarse en la exploración física como masa pulsátil asintomática o causar síntomas como claudicación, dolor en reposo, lo que podría indicar trombosis o la presencia de émbolos.

Reporte de casos: Caso No. 1. Masculino de 53 años, asintomático, el cual acude a revisión médica general, en donde se realiza diagnóstico por medio de ultrasonido y tomografía, de aneurisma de aorta de 50 mm infrarrenal, aneurismas de ambas arterias ilíacas comunes, ambas arterias femorales superficiales y de coronaria derecha, éste diagnosticado con coronariografía, se realizó colocación de endoprótesis aórtica y puente femoro-femoral.

Caso No. 2. Masculino de 81 años, el cual acude al servicio de urgencias por presentar dolor en miembro pélvico izquierdo de tres años de evolución, el cual aumentó de intensidad en los últimos tres meses, con aumento de dolor en reposo, se realiza Doppler arterial de miembros inferiores encontrando aneurisma de la femoral común derecha de 3.1 cm, se realiza angiografía encontrando aneurisma poplíteo izquierdo para lo cual se realiza colocación de stent.

Caso No. 3. Masculino de 74 años, el cual acude al servicio de urgencias por presentar fiebre, disuria y poliaquiuria, así como dolor abdominal de predominio en hipogastrio, sin irradiaciones. Se realiza ultrasonido abdominal encontrando tumoración en polo inferior renal derecho, se solicita TAC encontrando además aneurisma de aorta infrarrenal, de ambas ilíacas comunes.

Caso No. 4. Masculino de 54 años de edad, él presenta en forma súbita cuadro de obstrucción arterial aguda de miembro

pélvico izquierdo, se realizó estudio Doppler en el cual se reportó aneurisma de arterias poplíteas el izquierdo trombosado, éste se resolvió mediante la colocación de puente sintético.

Conclusiones: La incidencia de aneurismas periféricos se ha incrementado con los años, una de las razones es debido al uso más frecuente de estudios de imagenología, que facilitan el diagnóstico de esta patología. El diagnóstico y consecuentemente el tratamiento a tiempo de estas entidades es de vital importancia, ya que con lo anterior se lograría evitar complicaciones como ruptura, trombosis o pérdida de la extremidad.

TRAUMA VASCULAR DE EXTREMIDAD. EXTREMIDAD SEVERAMENTE LESIONADA. REPORTE DE UN CASO

Dr. Miguel Ángel Sierra Juárez, Dra. Berenice González Mendoza
Centro Médico ISSEMYM, Metepec, Edomex.

Introducción: El factor más importante que influencia la posibilidad de salvamento de una extremidad es, sin lugar a duda, la lesión vascular. El siguiente factor importante es el grado de lesión de los tejidos blandos. Tomar una decisión temprana es fundamental, ya que puede afectar el devenir final del paciente.

Material: Se trata de paciente masculino de 30 años de edad, el cual es herido por arma de fuego de alto poder en brazo izquierdo, a nivel de la articulación del codo en su cara anterior, con lesión de paquete vascular de nervios de cara anterior y de tejidos blandos, músculos en un perímetro de 10 x 10 cm, fractura de cúbito. Valorado por cirugía, quienes inician interposición de segmento de venoso, se informa al servicio de angiología y se termina la reconstrucción vascular con injerto venoso de arteria humeral a arteria radial con arteriografía de control con flujo presente, así como pulso radial.

Ligadura de vasos venosos, fijación de hueso y rotación de injerto de piel.

El paciente presenta integridad arterial y cierre de piel por planos pero persiste la lesión neurológica, con imposibilidad para movilización de brazo y mano por lo que se decide realizar amputación.

Discusión: Se han diseñado múltiples clasificaciones para predecir la amputación. Una de las más usadas es la *Mangled Extremity Severity Score* (MESS) o clasificación de la severidad de la extremidad dañada. Esta clasificación tiene cuatro elementos: tiempo de isquemia, edad del paciente, tiempo del estado de choque y lesión de tejidos blandos o hueso. La decisión de tratamiento involucra un equipo multidisciplinario que incluye cirujano vascular, ortopedista, neurocirujano y cirujano plástico.

Conclusión: Este concepto de pensar en la amputación temprana en extremidades que se encuentran muy dañadas, permite manejar de mejor manera otros problemas clínicos del paciente.

INSUFICIENCIA ARTERIAL AGUDA POR ANGIOSEAL. REPORTE DE UN CASO

Dra. Berenice González Mendoza, Dr. Miguel Ángel Sierra Juárez
Centro Médico ISSEMYM, Metepec, Edomex.

Introducción: Entre las causas de insuficiencia arterial aguda se encuentran: embolismo, trombosis *in situ* y trauma vascular; de las cuales actualmente con el advenimiento de procedimientos endovasculares, se ha incrementado la lesión arterial llevando como consecuencia hemorragia, formación de pseudoaneurismas, fístulas arteriovenosas y trombosis en el sitio de punción.

Caso clínico: Se trata de paciente masculino de 62 años, con antecedentes de importancia: tabaquismo durante 25 años, aprox. 10 cigarros al día, suspendido hace 10 años, niega padecimientos cronicodegenerativos. Ingresa al hospital por cuadro clínico y confirmado con EKG de infarto agudo al miocardio en cara inferior, lesión subepicárdica y bloqueo AV de segundo grado Mobitz II, se inicia anticoagulante y antiagregante plaquetario, se coloca marcapaso transitorio vía vena femoral derecha y se fija transductor, posteriormente se realiza coronariografía vía arteria femoral derecha y se colocan dos Stents en coronario derecha, al terminar se utiliza angio-seal de 6 Fr para sellar punción. Inmediatamente posterior a estudio en hemodinamia, presenta datos clínicos de insuficiencia arterial aguda de extremidad inferior derecha, con dolor intenso de la extremidad, ausencia de pulsos desde femoral hasta distales, hipotermia desde tercio medio de muslo así como cambios de coloración violácea en el mismo nivel, sin llenado capilar distal y disminución de la movilidad a la dorsiflexión del pie, por lo que se somete a exploración femoral, al realizar arteriotomía se encuentra dispositivo de angio-seal en la luz de la arteria causando estenosis y obstrucción mecánica del flujo, sin evidencia de trombos ni placa de aterosclerosis, se extrae dispositivo restableciéndose pulso pedio y tibial posterior de adecuada intensidad.

Discusión: El dispositivo de angio-seal ha mostrado en varios estudios su eficacia y seguridad, sin embargo, a diferencia de la compresión manual, se reporta un leve incremento en el riesgo de complicaciones en el sitio de punción, que requieren de intervención quirúrgica temprana.

Conclusiones: En este caso, el diagnóstico se realizó oportunamente, lo que lleva a una adecuada evolución de la extremidad y del paciente. Sin embargo, se debe tener presente las probables complicaciones que se pueden presentar al realizar procedimientos invasivos.

ANEURISMAS AISLADOS DE ARTERIAS ILÍACAS BILATERAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DEL TEMA

Dr. Héctor Ruiz Mercado, Dr. G.J. Rodríguez, Dr. S.S. Miranda, Dr. Z.R. Jáuregui, Dr. N.C. Navarro, Dr. C.G. Reyes
Hospital ISSSTE "Dr. Valentín Gómez Farías", Zapopan, Jal.

Introducción: En 1817 Sir Astley Paston Cooper describió el primer aneurisma de ilíacas. Los aneurismas ilíacos, sin compromiso aórtico son raros, frecuente en pacientes ancianos, etiología degenerativos, congénitos, síndrome de Marfan, síndrome Kawasaki, síndrome Ehlers-Danlos, arteritis de Takayasu, infecciosos o no especificada; de todos los aneurismas aortoiliacos 0.6 a 2% eran sólo ilíacos y de éstos, 48% bilaterales. Las arterias ilíacas comunes presentan aneurismas en 70-90%, las hipogástricas 10-30%. La relación entre sexo masculino y femenino es de 5-16:1, los rangos de edad en-

tre 38-87 años y de 69 ± 8 años en el grupo de los hombres. En 50% de los aneurismas la presentación clínica son asintomática, principales síntomas claudicación, infección de vías urinarias, dolor por compresión neurológica de los nervios femoral, ciática y obturador. Hallazgo incidental a la exploración física o en estudios de imagen; masa palpable a la exploración abdominal, tacto rectal y exploración ginecológica. Los estudios de imagen ultrasónico, tomografía, resonancia magnética y arteriografía son diagnóstico con especificidad y sensibilidad variable, esenciales para valoración de la circulación pélvica. El promedio de los aneurismas rotos es de 6 cm, los mayores de 3 cm son quirúrgicos con una mortalidad 5-13% de manera electiva y 25-80% cuando hay ruptura. El grupo de la Clínica Mayo estima una expansión de 4 mm/año en 36% de los pacientes.

Objetivo: Presentación de un caso de aneurismas aislados de ilíacas y revisión del tema.

Caso clínico: Masculino de 51 años, antecedente de glomeruloesclerosis con cinco años de evolución, tratamiento inmunosupresor con prednisona. Hipertensión arterial sistémica manejo con inhibidores de ECA. Cuadro de tres años de evolución con sensación de opresión y dolor en región inguinal bilateral. A la exploración física sin masas palpables, tacto rectal normal, índice tobillo brazo normal. USG pélvico y angiorresonancia magnética con dilatación involucrando las arterias ilíacas comunes con diámetro mayor de 3 cm, cuello menor de 1.5 cm, poco desarrollo de la colateralidad. Por laboratorio: Ac Anti ANCAp positivo. Aneurismas de arteria iliaca bilateral programado para derivación aorto-bifemoral con injerto de dacrón, encontrando aneurismas ilíacos bilaterales, el derecho de 3.5 cm y el izquierdo de 3.4 cm con trombo y placa de ateroma, exclusión aneurismática bilateral y anastomosis de la arteria hipogástrica izquierda, con toma de biopsia arterial para histopatológico.

Discusión: Se recomienda en caso de aneurismas bilaterales en pacientes con adecuada función cardiaca derivación aortoiliaca o aortofemoral y preservación del flujo en arterias ilíacas de ser posible, para evitar las complicaciones como disfunción sexual presente hasta 13% de los casos, claudicación en la cadera, necrosis de vejiga, recto y periné. En la actualidad se colocan endoprótesis para aquellos pacientes con riesgo elevado para cirugía y para evitar las complicaciones por amplias disecciones como la disfunción sexual; requiere de requisitos estructurales del aneurisma que en nuestro paciente no se cumplían.

Conclusión: La cirugía endovascular con 18.5% de complicaciones es una opción eficaz en el tratamiento de aneurismas, pero aún con pocos resultados a largo plazo; en pacientes jóvenes con adecuada función cardiaca y poco desarrollo de colateralidad, el tratamiento con derivación y conservación en lo posible de iliaca interna es la mejor opción.

MANEJO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA DISECANTE DE AORTA TORACOABDOMINAL STANFORD B

Dr. Manuel Marquina Ramírez, Dr. Luis Gerardo Morales Galina, Dr. Alfonso Espinosa Arredondo, Dr. Roberto Águila Márquez, Dr. David Piñón Holt, Dr. Sergio Benites Palacio, Dr. Víctor Aguilar Fojas, Dra. Yuriria Orea Gaona, Dr. Ignacio

Meléndez Hernández, Dr. Ignacio Escotto Sánchez, Dr. Juan Miguel Rodríguez Trejo, Dr. Neftalí Rodríguez Ramírez
CMN 20 de Noviembre ISSSTE, México, D.F.

Introducción: Para los enfermos con diagnóstico de aneurisma toracoabdominal, las opciones son limitadas. La ruptura fatal es una amenaza continua e impredecible.

Objetivo: Determinar la utilidad del reemplazo con prótesis y la técnica de reimplantación arterial como la base de la corrección quirúrgica.

Método: Femenino de 69 años de edad, hipertensa, con padecimiento de tres meses con disnea de medianos a pequeños esfuerzos y dolor transfixivo en epigastrio intermitente no relacionado con alimentos acudiendo con médico, quien detecta en tomografía aneurisma disecante en aorta descendente de 8.1 cm de diámetro, y enviada a nuestro servicio. TA 140/90, F 88 f 19 t 36.5. Carotídeo sin alteraciones, pulmonar normal, cardíaco soplo G III/VI holosistólico en foco aórtico; dolor moderado a la compresión media en epigastrio. Extremidades con edema distal bilateral. Pulsos distales normales. Se realiza aortografía centimetrada corroborando aneurisma con sitio de fuga a nivel de origen de subclavia izquierda. Se realizó ecocardiograma transesofágico reportando disección aórtica y dilatación que compromete subclavia izquierda con 5 mm de luz verdadera en sitio de fuga.

Resultados: Se realiza derivación carotídeo-carotídea con anestesia general y derivación con injerto anillado de PTFE de 6 mm, con un tiempo de pinzamiento de carótida derecha de 17 minutos, y la izquierda con tiempo de pinzamiento de 22 minutos en S. Se realiza 30 horas posteriores bajo sedación y anestesia local en región inguinal izquierda abordaje de arteria femoral común, con guía teflonada de 0.035" x 260 cm con punta en J hasta arco aórtico y con catéter diagnóstico Pigtail 5 Fr con tronco branquiocefálico permeable y carótida y subclavia izquierdas sobrepuestas a la disección. Con abordaje de femoral derecha con introductor 6 Fr, con guía teflonada 0.035" x 260 cm y guía Lunderquist extra stiff y colocación de prótesis TX2 Zenith 38 x 20 mm con camisa 22 Fr con liberación a nivel del ostium del tronco branquiocefálico, con aortografía de control sin fugas y arteriorrafia femoral. Egresada de terapia posquirúrgica a las 24 horas y a su domicilio en cinco días sin complicaciones.

Conclusiones: Deberá apoyarse la utilidad a largo plazo de la utilización de endoprótesis sobre la reparación abierta de esta patología, sin embargo al momento ha demostrado resultados satisfactorios.

RUPTURA DE GUÍA HIDROFÍLICA COMO COMPLICACIÓN EN ANGIOPLASTIA RENAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO

Dr. Manuel Marquina Ramírez, Dr. Sergio Benites Palacio, Dr. Luis Gerardo Morales Galina, Dr. Alfonso Espinosa Arredondo, Dr. Roberto Águila Márquez, Dr. David Piñón Holt, Dr. Víctor Aguilar Rojas, Dra. Yuriria Orea Gaona, Dr. Ignacio Meléndez Hernández, Dr. Neftalí Rodríguez Ramírez, Dr. Juan Miguel Rodríguez Trejo, Dr. Ignacio Escotto Sánchez
CMN 20 de Noviembre, ISSSTE. México, D.F.

Introducción: La revascularización y la endarterectomía abiertas para la enfermedad renovascular constituyen el estándar

de oro para su tratamiento, sin embargo, la morbilidad y mortalidad en este tipo de procedimientos son significativas.

Objetivo: Determinar que las técnicas endovasculares incluyendo la angioplastia transluminal percutánea con o sin colocación de stent endoluminal, son una buena alternativa para el tratamiento de estos pacientes.

Método: Femenino de 14 años de edad, con antecedente familiar para hipertensión arterial, con padecimiento actual en diciembre de 2005 con astenia, adinamia, cefalea y polidipsia, además de crisis convulsivas en cuatro ocasiones, encontrando cifras tensionales hasta de 200/100 mm Hg, F 90 f 18 T 36.5C. Paciente normohidratada, carotídeo sin alteraciones, cardíaco con soplo holosistólico plurifocal grado IV/VI, abdomen sin alteraciones, extremidades torácicas y pélvicas sin datos vasculares de importancia. Se realiza protocolo de estudio descartando arteritis de Takayasu por criterios de Sharma, manejada con tres antihipertensivos y con arteriografía renal encontrando estenosis ostial renal derecha y riñón hipoplásico izquierdo.

Resultados: Se realiza con anestesia local y sedación abordaje retrógrado femoral izquierdo con introductor 7 Fr y canulación de arteria renal derecha con fractura de guía hidrofílica de 0.014" posterior a la estenosis, rescatada con guía cerebral recuperadora de 0.014" con utilización de catéter de trabajo y angioplastia con cutting balloon de 35 x 20 mm sin complicaciones. La paciente presenta buena evolución posquirúrgica con disminución de cifras tensionales de 130/70 mm Hg desde el transoperatorio sin manejo médico antihipertensivo postoperatorio, siendo egresada a su domicilio a las 72 horas del procedimiento con vigilancia por consulta externa.

Conclusiones: Actualmente los estudios clínicos han determinado que las complicaciones del tratamiento endovascular varían de 0-40% con un promedio de 11%, con una mortalidad a 30 días posteriores a la angioplastia y colocación de S.tent renales de 1%. A pesar de la gran cantidad de literatura disponible en este tipo de pacientes deberán realizarse estudios comparativos entre las técnicas convencional y endovascular para determinar la aplicación y beneficio de cada uno de estos procedimientos.

PSEUDOANEURISMA AÓRTICO ABDOMINAL: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Dr. Dámaso Hernández López, Dr. Rubén A. Reinoso Echavarría, Dr. Hernán Revilla Casao

Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza", ISSSTE, México, D.F.

Definición: Un pseudoaneurisma (o falso aneurisma) es una dilatación anormal de una arteria que se desarrolla secundariamente a lesión por trauma o posterior a reparación quirúrgica; carece de las tres capas de una arteria, puede contener una o dos de ellas.

Introducción: Los pseudoaneurismas más frecuentes se presentan en la arteria femoral, comúnmente son iatrogénicos o secundarios a reparación y uso de bypass (4% de los pacientes con anastomosis protésica). Las complicaciones posteriores a la reparación abierta de aneurisma aórtico oscilan entre 0.2 y 13.3%; entre éstas, la más frecuente es el pseudoaneurisma en uno o más sitios anastomóticos y puede progresar en la

proximidad inmediata a la reconstrucción. La mortalidad para la reparación abierta del pseudoaneurisma de forma electiva se ha reportado entre 4.5 y 17%, y si se opera de manera urgente por ruptura del pseudoaneurisma aumenta hasta 24 a 88%. Este incremento se observa secundariamente a las dificultades técnicas de la reoperación y la edad del paciente, ya que la mayoría de estas complicaciones se presentan de 8-10 años posteriores a la reparación.

Presentación del caso: Masculino de 66 años de edad, con hipertensión arterial sistémica de 26 años de diagnóstico, en tratamiento regular con captopril 25 mg VO c/8 h. En febrero de 1986 se le realizó reparación de aneurisma aórtico con colocación de injerto aortoiliaco en el hospital "Adolfo López Mateos", en tratamiento desde entonces con clopidogrel 75 mg VO c/24 h e isosorbide 10 mg VO c/8 h. Reparación de hernia postincisional en diciembre de 2005. Inició su padecimiento actual cuatro días previos a su ingreso con dolor súbito, intenso, punzante, en mesohipogastrio, sin irradiaciones, acompañándose de parestesias y fasciculaciones del miembro pélvico izquierdo, además de notar la presencia de tumoración pulsátil de 10 x 8 cm en dichas regiones; sin pérdida de peso ni alteraciones gastrointestinales. Acude al servicio de Urgencias Adultos, donde se decide ingreso para protocolo de estudio. A la exploración física con TA 180/110 mm Hg, FC 76', FR 22', Temp 36 °C. Abdomen con tumoración en mesohipogastrio de 10 cm de diámetro, fija a planos profundos, pulsátil, con soplo audible en su interior. Resto de la exploración física normal. Se realizaron exámenes de laboratorio de rutina, con Hb 12.5, Hto 38.23%, plaquetas 196000, TP 12", TPT 25", INR 1.1, resto normal. Radiografía simple de abdomen normal. Ultrasonido Doppler con tumoración de 10.6 x 4.04 cm, de contenido heterogéneo dependiente de la aorta abdominal infrarrenal, con flujo de alta resistencia. Tomografía de abdomen y pelvis con tumoración dependiente de aorta infrarrenal de 8.28 x 6 cm, con pared delimitada y regular, en su interior con 40 U H. Se realizó laparotomía exploradora una semana después del ingreso, con hallazgo de tumoración retroperitoneal adherida a la pared anterior de la aorta, situada en la interfase aorta-injerto. Se resecó la tumoración, se reparó el orificio aórtico –de 1.6 cm– con material no absorbible y se colocó parche surgicel®. Durante el postoperatorio permaneció dos días en Terapia Intensiva, egresándose por mejoría.

HEMATOMA DE MASON: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Dr. Dámaso Hernández López, Dr. Rubén A. Reinoso Echavarría, Dr. Hernán Revilla Casaos
Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza", ISSSTE. México, D.F.

Definición: Los hemangiomas son tumores de crecimiento rápido, son comunes durante la lactancia y se afectan alrededor de 2.6% de los recién nacidos y de 1-10% de los niños menores a un año.

Se caracterizan por tener una fase proliferativa y una segunda fase de involución, la cual puede ser muy prolongada (Mullicken y Glowacky, 1982).

Son más comunes en cabeza y cuello e histológicamente se caracterizan por proliferación endotelial, observándose aumento

de células cebadas durante la misma, así como la formación de túbulos capilares.

Presentación del caso: Femenino de cuatro años originaria de Comitán, Chiapas, sin antecedentes de importancia. Inició su padecimiento actual hace un año, al notar crecimiento progresivo de la región temporoparietal derecha con deformidad craneal. La paciente permaneció asintomática. Se le realizó tomografía de cráneo, con hallazgo de adelgazamiento cortical parietal derecho y se envió a este hospital para continuar protocolo de estudio y tratamiento.

A la exploración física se encontró tumoración no dolorosa de 6 x 6 en región temporoparietal derecha, cubierta con cabello, violácea, no móvil. Resto de la exploración física normal.

Exámenes de laboratorio: Hb 12.4, Hto 35%, plaquetas 436000, TP 16.8", TPT 42.8", INR 1.50, resto normal.

Doppler lineal con hallazgo de tumoración temporoparietal derecha de origen vascular con comunicación a través del diplo y flujo vascular intenso y turbulento.

Tomografía de cráneo: tumoración parietotemporal derecha, homogénea en su interior, de bordes bien delimitados.

Se realizó resección de la tumoración, sin complicaciones, siendo egresada cuatro días posteriores a la cirugía.

El reporte histopatológico fue hemangioma cavernoso.

ANEURISMA DE ARTERIA HEPÁTICA. REPORTE DE UN CASO

Dra. Susana Eulalia Juárez Pulido, Dr. Olivier Brachet Ize, Dr. Francisco Javier Llamas Macías, Dr. César Nuño Escobar
UMAE Hospital de Especialidades CMNO. Guadalajara, Jal.

La incidencia de los aneurismas de arterias esplánicas es de 0.01-0.2% en series de autopsias estándar; de ellos, la arteria hepática supone 20% en las publicaciones hasta el año de 1970 y de 36 y hasta 44% en nuevas series. La incidencia en hombres es mayor que en mujeres (2:1) y la media de edad es de 60 años. En 40 a 60% de los casos se presentan como aneurismas rotos, la cual es la principal forma de manifestación clínica con mortalidad global de 35%. En algunos casos coexisten con aneurismas de aorta abdominal así como asociación con otras enfermedades como colecistitis. La principal etiología es la arterioesclerosis en 30-32% de los casos, dentro de otras la iatrogénica con incidencia 22-28%.

Los aneurismas de más de 2.5 cm tienen un alto potencial de rotura 50-70%, 80% son de localización extrahepática. Los aneurismas proximales a una arteria gastroduodenal permeable se pueden ligar sin problemas. Se requiere reconstrucción vascular en aneurismas de hepática común con pobre circulación colateral. Las técnicas utilizadas son el puente arterial con vena autóloga, resección más reanastomosis o la anastomosis esplenohepática.

Femenino de 70 años, mexicana, padres vivos sin patología relacionada con el padecimiento. Niega DM II, es hipertensa en control con clortalidona 1 cada 24 horas, metoprolol 1 cada 12 horas, toxicomanías negadas. Alérgicos: penicilina, metoclopramida, qxcos previos: Craneotomía, OTB, epilepsia en control con DFH 1 cada 12 hrs. Antecedente de gastritis y colitis

en control con pantoprazol, megalazina: dos años de evolución con malestar gastrointestinal inespecífico.

Exploración física: Buen estado general, sin compromiso CP, con masa palpable dolorosa a nivel de hipocondrio derecho, abdomen blando depresible sin datos de irritación, resto extremidades sin alteraciones.

Protocolo de estudio con hallazgo de aneurisma de arteria hepática por angio-TAC.

Laboratorios: Hb 13 tiempos normales, glucosa 100 urea 26 creat 1.0 amilasa 25, pruebas de funcionamiento hepático normales.

Paciente a la cual se le realiza manejo quirúrgico electivo con resección de aneurisma de arteria hepática con anastomosis término-terminal con éxito, control posterior, se le encuentra asintomática así como con estudio de angiotomografía, el cual muestra permeabilidad de la arteria hepática.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ANEURISMA POPLÍTEO: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Dr. Lester Manuel De León-León, Dr. Óscar Erasmo Reyes-Aguirre, Dr. Guillermo Sergio Moreno-Ramírez, Dr. Sergio Omar Flores-Cantú, Dr. E.C. Solís-Montero, Dr. J.O. García-Flores

Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional del Norte, Unidad Médica de Alta Especialidad 34. Monterrey, N.L.

Se presenta el caso de masculino de 75 años de edad, originario de Michoacán, tabaquismo por más de 50 años, hasta una cajetilla diaria, inactivo desde hace cinco años, alcoholismo (+) social, diabético tipo 2 desde hace 16 años, en manejo con hipoglucemiantes orales, hipertenso desde hace 15 años en tratamiento con antihipertensivos. EVC hemorrágico en junio de 2004 con secuela de hemiparesia fasciocorporal derecha. Postoperado de colocación de clavo centromedular en muslo derecho en 1976. Resección de paquetes varicosos en MPD en 2000. Niega alérgicos. Como hallazgo médico masa pulsátil en hueco poplíteo izquierdo de 5 x 4 cm. Se realiza TAC de miembros pélvicos, se observa dilatación aneurismática. Es enviado a nuestra consulta externa. Se protocoliza para cirugía observando dichos hallazgos en arteriografía selectiva de MP izq. donde además se observan lesiones estenosantes perfi-

lográficas en varios niveles, con sólo visualización de arterias tibiales en su tercio superior. A la exploración física no es valorable la claudicación, no doloroso, sin datos de embolismo distal. Pulsos femorales y poplíteos palpables de manera bilateral. Ausencia de pedio y tibiales en ambas piernas, buen llenado capilar, no lesiones isquémicas, masa hiperpulsátil de aprox. 5 cm no dolorosa en hueco poplíteo izquierdo. Se sometió a resección de aneurismas e interposición de bypass poplíteo-poplíteo término-terminal con PTFE anillado de 8 mm. Convece sin complicaciones. Tiempo de estancia hospitalaria tres días. Seguimiento en la consulta a los tres, seis y 12 meses, actualmente permeable, corroborado con eco Doppler dúplex seriados.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA DISTROFIA SIMPÁTICA REFLEJA: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Dr. Guillermo Sergio Moreno-Ramírez, Dr. Osvaldo Patiño-Montalvo, Dr. Óscar Erasmo Reyes-Aguirre, Dr. Lester Manuel De León-León, Dr. Sergio Omar Flores-Cantú
Durango, Dgo.

Se presenta el caso de femenina de 30 años de edad, originaria de Nuevo León, sin antecedentes de importancia. Inicia su padecimiento actual en abril de 2005 al sufrir accidente automovilístico, originando esguince cervical. Posteriormente y de forma gradual desarrolla parestesias en manos, dolor tipo ardoroso en ambos miembros torácicos de predominio izquierdo, hiperestesia palmar, así como hiperhidrosis y fenómeno de Raynaud. Manejada inicialmente con terapia física en medicina de rehabilitación, por cervicobraquialgia, su sintomatología persistió, por lo que fue enviada a nuestro servicio. A la EF inicial se observa contractura de trapecio, hiperhidrosis, hipotermia de predominio en mano izquierda, prueba de estrés y Adson negativas, se descarta síndrome de salida torácica. Se diagnostica DSR, se le propone intervención quirúrgica, la cual acepta, realizándose simpatectomía torácica izquierda, por vía transaxilar sin complicaciones en noviembre de 2005, y derecha en junio de 2006. Es valorada seis meses del postoperatorio presentando mejoría clínica, desapareciendo por completo su sintomatología: neuralgia, hiperhidrosis, así como fenómenos espásticos distales, de manera bilateral.