

Sociedad Mexicana de Angiología y Cirugía Vascular, A.C.
XLI Congreso Nacional de Angiología y Cirugía Vascular
León, Guanajuato
7 al 10 de octubre de 2009

VIDEOS

BYPASS FEMOROPOPLÍTEO ENDOLUMINAL EN EL MANEJO DE ENFERMEDAD MULTIANEURISMÁTICA DE ARTERIA FEMORAL SUPERFICIAL

Dr. Óscar Erasmo Reyes Aguirre.
Unidad Médica de Atención Especializada No. 71, IMSS. Torreón, Coah.

Objetivo: Comunicar la experiencia con bypass femoropoplíteo endoluminal.

Material y métodos: Masculino de 64 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, tabaquismo intenso y dislipidemia; tiene un año con claudicación intermitente de miembros pélvicos a los 300 m con índice de recuperación a los dos minutos. Seis meses después aparición de necrosis seca de talón y primer ортежо derecho. La exploración física demostró necrosis seca de talón y punta de primer ортежо derecho, llenado capilar, coloración y pulsos tibial anterior y posterior normales. Sus exámenes de laboratorio sólo demostraron trastorno de los lípidos y elevación de la glucosa. Se realizó ultrasonido Doppler dúplex arterial del MPD, el cual reveló estenosis de 80% de arteria poplítea media derecha. Se realizó arteriografía selectiva de MPD, la cual demostró enfermedad multianeurismática de arteria femoral superficial y poplítea media, con permeabilidad de vasos tibiales. Se realizó bypass femoropoplíteo endoluminal con éxito.

Resultados: El bypass femoropoplíteo endoluminal se llevó a cabo con éxito técnico, hemodinámico y angiográfico (100%). Actualmente se encuentra permeable con mejoría importante de las áreas de necrosis.

Conclusiones: El bypass femoropoplíteo endoluminal con el uso de *stent* recubierto tiene buena tasa de permeabilidad a largo plazo, además de ser un procedimiento sencillo y rápido. Los pacientes tratados con esta técnica percutánea son reincorporados rápidamente a sus actividades cotidianas y laborales.

EXCLUSIÓN ENDOLUMINAL DE PSEUDOANEURISMA POSTRAUMÁTICO DE ARTERIA CARÓTIDA COMÚN IZQUIERDA

Dr. Óscar Erasmo Reyes Aguirre.
Unidad Médica de Atención Especializada No. 71, IMSS. Torreón, Coah.

Objetivo: Demostrar la eficacia, seguridad y rapidez de la exclusión endoluminal en arterias del cuello con abordaje percutáneo.

Material y métodos: Paciente del sexo masculino de 23 años, el cual tiene antecedentes de hipertensión arterial sistémica de reciente diagnóstico. Traumatismo en lado izquierdo del cuello con reparación de partes blandas del mismo, hemiplejía derecha. Su cuadro clínico lo inicia dos meses antes de su llegada a nuestra unidad al sufrir lesión por arma cortante en lado izquierdo de cuello, hombro y espalda en región de escápula. Ocho días después del traumatismo nota la presencia de tumoración en sitio de lesión en cuello, la cual fue aumentando progresivamente, acompañada de dolor para los movimientos activos y pasivos del cuello. Exploración física: a la palpación masa hiperpulsátil de 10 x 6 x 5 cm de diámetro, dolorosa con presencia de trill, con zona hiperémica en sitio de lesión. A la auscultación con soplo sistólico. Se le realizó arteriografía selectiva, la cual demostró pseudoaneurisma que se originó en arteria carótida común izquierda en su tercio distal, justo por debajo de la bifurcación carotídea. Exámenes de laboratorio dentro de parámetros normales.

Resultados: Se sometió a exclusión endoluminal con colocación de viabahn 70 x 50 mm con éxito técnico y hemodinámico en un tiempo de 20 minutos. Dos días después del procedimiento endovascular es sometido a resección quirúrgica del pseudoaneurisma dándose de alta en buenas condiciones.

Conclusiones: La exclusión endoluminal de arterias del cuello con el uso de *stents* recubiertos se puede realizar a través de un acceso percutáneo con buenos resultados a largo plazo.

EXCLUSIÓN ENDOLUMINAL DE PSEUDOANEURISMA ARTERIA SUBCLAVIA IZQUIERDA

Dr. Óscar Erasmo Reyes Aguirre.

Unidad Médica de Atención Especializada No. 71, IMSS. Torreón, Coah.

Objetivo: Demostrar la eficacia y seguridad del manejo endoluminal en arterias subclavas.

Material y métodos: Paciente del sexo masculino de 37 años de edad, el cual tiene antecedentes de insuficiencia renal crónica secundaria a glomerulonefritis. Punción de arteria subclavia izquierda hace tres semanas, se encuentra en programa de hemodiálisis. Llega al Servicio de Admisión con datos de sobrecarga cardiaca con retención hídrica importante, dependiente de oxígeno, hipoventilación basal izquierda frecuencia cardiaca 100x'. Presenta cuadro clínico de 15 días de evolución con presencia de sangrado en sitio de punción subclavio izquierdo postcolocación de catéter Mahurkar vía arterial. A la exploración física se palpa masa hiperpulsátil infraclavicular con thrill. A la auscultación con soplo sistólico en sitio afectado. En sitio de punción salida de material hemático escaso, con aumento de volumen moderado. Sus laboratorios son: K 5.5, NA 139, HB 8.1, CR 12.7. Dos días después de su ingreso presenta sangrado abundante con súbito aumento de volumen.

Resultados: Fue sometido a arteriografía corroborándose pseudoaneurisma de arteria subclavia izquierda en su tercio medio. Durante el mismo procedimiento se llevó a cabo exclusión endoluminal. Dos días después de la exclusión endoluminal se llevó a cabo resección quirúrgica de pseudoaneurisma, dado de alta 48 h después sin complicaciones.

Conclusiones: La exclusión endoluminal en el territorio subclavio se puede llevar a cabo en forma segura, eficaz y rápida a través de un acceso percutáneo femoral con buenos resultados a largo plazo.

MANEJO ENDOVASCULAR DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA FEMORAL POSTRAUMÁTICA

Dra. Nora Sánchez Nicolat, Dr. Marco A. Meza Vudoyra, Dr. Juan Carlos Moreno, Dra. Luz Heredia Porto.
Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE.

Introducción: Las fístulas postraumáticas se presentan muchos años después de la lesión inicial; el abordaje endovascular en estos casos permite colocar *stent* recubierto que excluye el flujo del componente arterial de la fístula.

Objetivo: Describir el tratamiento endovascular de una fístula arteriovenosa femoral postraumática.

Reporte de caso: Paciente masculino de 33 años con antecedente de trauma contuso en región inguinal izquierda 14 años previos a su consulta. Acude por presentar conglomerado venoso en ingle izquierda asintomático. A la exploración física se encuentra soplo en dicha región con dilataciones venosas. El Doppler dúplex demuestra flujo turbulento en cayado safenofemoral izquierdo y afluentes. Se realiza angiografía resonancia donde se observa fístula arteriovenosa

a nivel de arteria femoral común y superficial con comunicación al cayado safenofemoral y afluentes. Se realiza manejo endovascular con abordaje contralateral, observándose múltiples comunicaciones entre dichos vasos, por lo que se decide la colocación de tres *stents* recubiertos (uno en femoral común y dos en femoral superficial), ocluyendo la femoral profunda. El arteriograma de control confirma la exclusión de las fístulas. Se realiza control con Doppler dúplex que demuestra flujos arterial y venoso normales. A las tres semanas se realiza escleroterapia espuma (polidocanol 0.75%) ecoguiada del conglomerado venoso, sin complicaciones.

Conclusiones: El abordaje endovascular de las fístulas arteriovenosas permite su tratamiento retrasándose o evitando un procedimiento quirúrgico abierto, extenso, con complicaciones potenciales importantes como sangrado y recidiva. El seguimiento a largo plazo de este tipo de procedimientos en patologías vasculares complicadas nos permitirá crecer en cuanto a experiencia y decisión en este tipo de patologías.

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE UN PSEUDOANEURISMA DE ARTERIA ILÍACA DERECHA EN UN PACIENTE CON TRANSPLANTE RENAL HOMOLATERAL

Dr. Dámaso Hernández López, Dr. Juan Carlos Moreno Rojas, Dr. Hernán Revilla Casaos, Dr. Juan Manuel Tárelo Saucedo, Dr. Wenceslao Fabián Mijangos.
Centro Médico Coyoacán.

Objetivo: Describir el manejo endovascular en un paciente con transplante renal homolateral complicado con un pseudoaneurisma de un *bypass* ilíaco femoral derecho por oclusión de arterias nativas

Caso clínico: Femenina 60 de años con riñón poliquistico e insuficiencia renal crónica de seis años sin HTAS, ni DMTII. Hace tres años postoperada de transplante renal derecho de donador vivo relacionado, complicado por oclusión de arteria ilíaca y reparación con *bypass* ilíaco femoral derecho con safena, sin complicaciones. Es enviada al Servicio de Angiología y Cirugía Vascular por tumoración pulsátil en región inguinal dolorosa. Su función renal fue normal. Se corroboró por Doppler dúplex dilatación aneurismática, la AngioTAC demostró un pb pseudoaneurisma de todo el *bypass* ilíaco femoral, no hubo enfermedad aterosclerótica ocluyente. 2 cm arriba se encontró la arteria transplantada. Se demostró por angiografía la porción de la arteria ilíaca nativa con llenado por las arterias nativas distales y permeabilidad de la arteria hipogástrica. Se decidió manejo endovascular por ser un terreno hostil para cirugía convencional y posible compromiso del injerto renal a pesar de su paso por la región inguinal.

Resultados: Se realizó abordaje por punción bilateral (bifemoral) con anestesia local, se ingresó con dificultad homo y contralateral debido a los abordajes anteriores, se logró la canalización proximal y distal por

medio de atrapaguías, se midió con catéter centrime trado, determinando colocar dos injertos recubiertos por la longitud aneurismática, no se determina si tío de "fuga"; se colocó un *stent* recubierto de 7 x 80 cm de distal a proximal continuando con un *stent* de 8 x 70 sin afección de injerto renal; hubo necesidad de realizar dilatación con angioplastia a nivel femoral por estenosis de la boca distal y que dificultaba el paso del medio de contraste a través de los *stent*, así como sellado adecuado del posible origen de "fuga"; se corroboró adecuado paso de medio de contraste y velocidades por ultrasonido Doppler, la función renal no se vio afectada; es dada de alta a los dos días, con revisión semanal, mensual y a los tres meses.

Conclusiones: Los *stent* recubiertos demuestran ser una adecuada alternativa en el tratamiento de los pseudoaneurismas complejos de las arterias ilíacas en sitios hostiles por cirugías previas (bypass y trans plante renal). En este caso no hubo complicaciones y el seguimiento a largo plazo es indispensable por el riesgo de oclusiones o rupturas por su paso a través de la ingle; sin embargo, cada día se reporta la colocación de éstos en sitios poco adecuados (rodilla, canal inguinal, etc.), sin eventos adversos.

INTERPOSICIÓN DE VENA AXILAR A VENA FEMORAL EN INSUFICIENCIA VENOSA PROFUNDA Y ÚLCERAS CRÓNICAS DE EXTREMIDADES

Dr. Omar Abisai Ramírez Saavedra.

Clínica de Enfermedades Vasculares y Obesidad, Oaxaca, Oax.

ENDARTERECTOMÍA DE TRONCOS SUPRAÓRTICOS GUIADA CON ULTRASONIDO

Dr. Omar Abisai Ramírez Saavedra.

Clínica de Enfermedades Vasculares y Obesidad, Oaxaca, Oax.

REPARACIÓN ENDOVASCULAR DE RUPTURA TRAUMÁTICA DE AORTA TORÁCICA POR TRAUMA CERRADO CON ENDOPRÓTESIS DE PTFE-NITINOL GORE-TAG, EN UN PACIENTE CON LESIÓN DE ARTERIA FEMORAL ASOCIADA A FRACTURA DE FÉMUR

Dr. Roberto Castañeda Gaxiola, Dr. Lorenzo Rish Fein, Dr. Ed mundo Arias Gómez, Dr. Armando López Ortiz, Dr. Enrique Enríquez Chena, Dra. Nora Sánchez Nicolat, Dr. Miguel Ángel González Velázquez, Dr. Juan Pablo Camacho Montoya, Dra. Gabriela Briones Corona.

Centro Médico ABC.

Objetivo: Mostrar en video los detalles de la técnica para la reparación endovascular de la aorta torácica y del manejo integral incluyendo la otra lesión vascular femoral asociada.

Caso clínico: Varón de 29 años que sufre accidente automovilístico a gran velocidad al impactarse su vehículo contra un árbol. Presentaba ruptura traumática de aorta torácica por Angio TAC, trauma toraco abdominal y lesión de arteria femoral izquierda asociada a fractura de fémur, así como rup

tura ligamentaria total de rodilla derecha. Se trasladó a la sala de hemodinamia lo más pronto posible y bajo anestesia general se realizaron los siguientes pasos en el esquema de tratamiento: 1) Se introdujo una guía por la arteria humeral izquierda y un catéter para angiografía diagnóstica y para tener referencia del ostium de la arteria subclavia. 2) Angiografía confirmó ambas lesiones: ruptura aórtica y trombosis de arteria femoral izquierda a nivel del sitio de la fractura. 3) Simultáneamente se realizó fasciotomía de los cuatro compartimentos de la pierna. 5) Se abordó por la ingle derecha para la colocación de endoprótesis. Con catéter cola de cochino centimetrado se hicieron las mediciones y se colocó la endoprótesis TAG (Gore PTFE Nitinol) de 10 cm de longitud, 26 mm de diámetro con introductor de 20Fr, respetando la arteria carótida. 6) Inmediatamente después se trasladó a quirófano para realizar revascularización de arteria femoral izquierda en el quirófano. En un segundo tiempo, 24 horas después se realizó laparoscopia exploradora por trauma menor de bazo e hígado. Una vez estable, cuatro días después, se procedió a retiro de clavo centro medular fracturado en fémur izquierdo (dicho clavo fue colocado cuatro años atrás por fractura en otro accidente automovilístico), osteosíntesis de fémur izquierdo con otro clavo centro medular y reparación de ligamentos cruzados de rodilla derecha. Permaneció en terapia intensiva una semana y otra semana en intermedios.

Resultados: Su evolución postoperatoria fue buena y a un año y tres meses del procedimiento, lleva una vida normal sin presentar ninguna complicación excepto ligera paresia de primer orjejo, el cual presenta dificultad para la dorsiflexión.

Conclusión: El caso es interesante ya que es el primer caso de manejo endoluminal en trauma aórtico torácico con endoprótesis Gore TAG en nuestro hospital y presentaba dos lesiones vasculares graves que requirieron manejo urgente. El abordaje endovascular tiene menos morbi mortalidad en el corto plazo que el procedimiento abierto y es una buena alternativa. Faltan series grandes para comprobar la superioridad de este abordaje a largo plazo.

ESCLEROTERAPIA DEL SISTEMA DE PERFORANTES

Dr. Valente Guerrero González, Dr. Arturo Parra Ortiz.
Irapuato, Gto.

En 1961, Stegall y Rushmer describen el primer Doppler, pero hasta 1961 es cuando Sigel y cols. lo perfeccionan para utilizarse en el estudio de las patologías venosas y hasta 1970 Folse y Alexander evalúan la competencia valvular con el ultrasonido, realmente no hace muchos años; sin embargo, el ultrasonido ha dado un vuelco no sólo en el estudio de las enfermedades venosas, sino en el apoyo para el tratamiento de estas patologías; en este momento es inaceptable un

centro flebológico sin Eco Doppler. El siguiente video nos muestra las diferentes perforantes que se localizan con el Eco Doppler, es importante mencionar que la simple localización de una perforante nos habla de patología, ahora la comprobación de su incontinencia con el Doppler Color nos facilita su estudio. De la misma manera mostramos la evolución de la esclerosis en las perforantes y su resultado sobre la hipertensión superficial (várices). La sistematización del

estudio ultrasonográfico nos permite la localización adecuada del punto de fuga del sistema venoso profundo y de sus puntos de reentrada, lo que nos facilita el tratamiento limitando la cantidad de esclerosante y de sesiones de esclerosis para el paciente. Más que un estudio epidemiológico, es un trabajo que intenta demostrar la facilidad de la técnica y los excelentes resultados estéticos y funcionales a corto y largo plazo.