

## RESÚMENES CASOS INTERESANTES

C01

## ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA DE UN ADENOMA SUPRARRENAL FUNCIONANTE EN UN PACIENTE HIPERTENSO CON AUSENCIA DE RESPUESTA A TRATAMIENTO MÉDICO

Saiz-Mediguren R<sup>a</sup>, Llopis M<sup>a</sup>, Vázquez J<sup>a</sup>, Ferrer M<sup>a</sup>, Pardo S<sup>a</sup>, De la Peña A<sup>a</sup><sup>a</sup> Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca. España

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Varón de 66 años con hipertensión arterial refractaria a tratamiento médico con varios fármacos. El paciente presenta un adenoma suprarrenal izquierdo de 15 mm, estable en cuanto a tamaño y densidad desde hace 13 años que, junto con unas cifras de aldosterona elevadas y un test de sobrecarga salino positivo, son diagnósticos de hipertensión arterial secundaria a hiperaldosteronismo primario. Tras discutir el caso de manera multidisciplinar se propuso tratar de manera percutánea con ablación por radiofrecuencia (RF). El procedimiento se realizó con guía de TC, el paciente en decúbito prono y anestesia general. El procedimiento transcurrió sin incidencias y el paciente fue dado de alta 24 horas después. 12 meses tras el procedimiento las cifras tensionales están en niveles normales, así como los niveles de aldosterona. Los TC de control muestran ausencia de realce del nódulo suprarrenal tras el procedimiento.

## DISCUSIÓN Y REVISIÓN DEL TEMA

Varios estudios han demostrado la efectividad de la ablación por RF en nódulos suprarrenales funcionantes, tumores suprarrenales primarios y metastásicos. La ablación de glándula suprarrenal conlleva algunos riesgos a tener en cuenta como la crisis hipertensiva. La ablación por RF está indicada como alternativa a la cirugía en pacientes que no son candidatos quirúrgicos o que rehúsan la cirugía.

El objetivo de este caso es demostrar que la ablación percutánea de lesiones suprarrenales es una opción segura y efectiva, con escasas complicaciones y buen resultado clínico.

C02

## ALTERNATIVA TÉCNICA PARA LA CONEXIÓN DE UNA PORTA DE BAJO CALIBRE Y UNA CAVA OCLUIDA EN PACIENTE CON BUDD CHIARI

Bravo de Laguna A<sup>a</sup>, Aguilar Y<sup>a</sup>, Buceta E<sup>a</sup>, Cubillo D<sup>a</sup>, Pardo S<sup>a</sup>, De la Peña A<sup>a</sup><sup>a</sup> Hospital Insular Materno-Infantil. Gran Canaria. España

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de 1 paciente de 27 años con el diagnóstico de síndrome de Budd Chiari diagnosticado en 2011 tras cuadro de dolor abdominal y hepatomegalia de evolución crónica, 1 año de evolución, con desarrollo de circulación colateral periumbilical. En el estudio de imagen, RM y cavografía se identifica trombosis parcial de la vena cava inferior intrahepática y VSH derecha, con permeabilidad de media e izquierdas que se observan aberrantes y con numerosos cortocircuitos con circulación sistémica. Desde entonces anticoagulado, primero Sintrom y luego Aldocumar y en lista de espera para trasplante hepático. Ingresa en enero 2016 por empeoramiento de su enfermedad hepática, con clínica de una hemorragia digestiva alta varicosa incoherible y a pesar de que en un primer momento se desestimo cualquier intervención vascular, dada la situación clínica emergente se solicita "auxilio" a la unidad de Radiología Vasculor por la negación de cualquier tipo de intervención quirúrgica urgente.

Dada la complejidad técnica se intenta simplificar la conexión de la porta con la cava ocluida mediante técnica de *rendez-vous* y tras colocación de lazo en vena porta derecha, vía porta izquierda, se realiza punción transparietohepática con aguja tipo Chiba de 21 G pasando por el lazo y pinchando un balón de angioplastia hinchado en la cava inferior recanalizada para posteriormente meter una guía que entre por el lóbulo hepático derecho a través de la aguja Chiba y salga por el acceso yugular derecho. Mediante esta técnica se consigue la realización de *shunt*

portocava implantando endoprótesis tipo Viatorr de 10 mm que se dilata a 8 mm de diámetro. Además se resuelve a oclusión de la cava con el implante de endoprótesis autoexpandible en vena cava intrahepática "fenestrada" con el Viatorr.

Conseguimos de esta forma resolver la HDA varicosa y el síndrome de congestión venosa abdominal y de MMII crónica del paciente.

## C03

### ANEURISMA RENAL DE CUELLO ANCHO TRATADO CON TÉCNICA "Y STENTING" EN PACIENTE QUE ASOCIA ESTENOSIS DE ARTERIA RENAL IPSILATERAL. IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Bravo de Laguna A<sup>a</sup>, Cubillo D<sup>a</sup>, Buceta E<sup>a</sup>, Aguilar Y<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital Insular Materno-Infantil. Gran Canaria. España

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente mujer de 47 años de edad con HTA Renovascular asociado a Nefropatía Túbulo-intersticial crónica que en angio-RMN de AARR se aprecia estenosis 50-60 % larga en tercio medio de arteria renal derecha con dilatación postestenótica y aneurisma sacular de 17,5 × 8,74 × 9,9 mm en la bifurcación anterior de la arteria renal derecha que incluye ramas secundarias. Se desestimó tratamiento endovascular en su momento, pendiente de decidir actitud terapéutica quirúrgica.

Dado el empeoramiento de la HTA se decide el tratamiento de la estenosis y aunque el aneurisma no cumple criterios estrictos de tratamiento se decide conjuntamente la embolización en el mismo acto con técnica "Y STENTING".

La paciente es dada de alta a las 48 horas del procedimiento sin complicaciones inmediatas y con mejoría de la función renal y de las cifras de tensión arterial.

A los 10 día del procedimiento la paciente acude a urgencias con intenso dolor en FRD de aprox 24 h de evolución. Náuseosa, TA 150/90.

Se contacta con RAVI para arteriografía urgente por sospecha de trombosis renal.

En RAVI se constata Trombosis arterial parcial de polo superior del riñón por oclusión de stent en "Y" que se consigue repermeabilizar. Mejoría sintomática posterior. Se administra dosis de carga de Plavix 300 mg v.o. y se indica doble antiagregación + anticoagulación.

Se interroga a la paciente que nos cuenta que hacía 2 días había dejado de tomar la doble antiagregación por iniciativa propia.

## C04

### BIOPSIA TRANSILÍACA DE MASA PÉLVICA PROFUNDA CON EMBOLIZACIÓN DEL TRACTO DE PUNCIÓN

Saiz-Mendiguren R<sup>a</sup>, Samuel R<sup>a</sup>, Andreu H<sup>a</sup>, Mulet J<sup>a</sup>, Ferrer MI<sup>a</sup>, González de Cabo M<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital Insular Materno-Infantil. Gran Canaria. España

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Varón de 60 años con cirrosis hepática vírica y plaquetopenia de difícil corrección a pesar de transfusiones de plaquetas. Antecedente de hepatocarcinoma tratado con quimioembolización y radiofrecuencia con control de la enfermedad. Presenta un conglomerado adenopático iliaco izquierdo con elevación de la alfa-feto-proteína y ausencia de progresión/recidiva hepática. Se intentó biopsia laparoscópica pero no se encontró la masa por lo que se remitió a Radiología para una biopsia con aguja gruesa (BAG) percutánea.

El objetivo de este caso es ilustrar un abordaje poco frecuente a través del ala iliaca (aguja trocar 11G) para posteriormente realizar una BAG coaxial (18G) de una masa pélvica profunda inaccesible desde la pared abdominal anterior por interposición de asas intestinales, con posterior embolización del tracto de punción con Glubran dado el riesgo de hemorragia postbiopsia. El paciente fue dado de alta a las 24 horas sin incidencias.

## DISCUSIÓN Y REVISIÓN DEL TEMA

La BAG guiada por imagen es un procedimiento de alta seguridad y efectividad. La punción de lesiones profundas abdominopélvicas requiere de una cuidadosa planificación previa por la existencia de múltiples órganos y estructuras interpuestas. Se han descrito diferentes rutas de abordaje para la biopsia de lesiones pélvicas como el acceso extraperitoneal

anterior a través del músculo iliopsoas, transabdominal, transsacro, la instilación de suero fisiológico o los cambios en la posición del paciente. En el caso descrito nos decidimos por hacer un acceso transilíaco con embolización con material líquido postbiopsia para minimizar el riesgo de hemorragia.

## C05

### DE HEMATOMA INTRAMURAL A DISECCIÓN AÓRTICA TIPO B DE STANFORD, TRATAMIENTO ENDOVASCULAR

Mantilla AJ<sup>a</sup>, Pérez R<sup>a</sup>, Gil S<sup>a</sup>, Contreras D<sup>a</sup>, Pascual MD<sup>a</sup>, Irúzun J<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. España

#### OBJETIVOS

Presentamos un caso de síndrome aórtico agudo que inicialmente se manifiesta con un trombo mural en aorta descendente que responde inicialmente a manejo conservador. Progresó a los 4 días a una úlcera en aorta torácica descendente con disección tipo B de Stanford asociada, tratada de forma endovascular.

#### METODOLOGÍA

Varón de 50 años de edad, fumador, sin otros antecedentes de interés, cuadro agudo de dolor interescapular opresivo con cortejo vegetativo e hipertensión arterial. Se realiza angio-TC, por sospecha de síndrome aórtico agudo (SAA), evidenciando hematoma intramural en aorta descendente con extensión hasta el nivel de ambas arterias renales, sin afectación de troncos viscerales. Tras manejo conservador permanece asintomático 4 días, posteriormente vuelve a presentar clínica similar, se repite el angio-TC visualizando ulceración del trombo mural en la aorta descendente con disección tipo B de Stanford asociada. Reingresa en Unidad de Cuidados Intensivos y se decide tratamiento endovascular. Se coloca endoprótesis cubierta desde arteria subclavia izquierda hasta casi el nivel del tronco celiaco, finalmente se coloca extensión con prótesis no cubierta hasta el nivel de las renales.

#### RESULTADOS

Dado de alta a planta a las 48 horas del procedimiento con tensión arterial y dolor controlados. Buena evolución clínico-radiológica 8 meses después.

## CONCLUSIONES

En algunos casos de síndrome aórtico agudo está indicado el manejo conservador inicial, cuando se requiere tratamiento definitivo el abordaje endovascular puede ser la primera opción terapéutica por su menor tasa de complicaciones y menor morbimortalidad asociadas.

## C06

### EMBOIZACIÓN ARTERIAL COMO ACONDICIONAMIENTO PREQUIRÚRGICO PREVIO A CIRUGÍA DE mAPPLEBY

Gelabert MA<sup>a</sup>, Codina J<sup>a</sup>, Preciado D<sup>a</sup>, Soriano J<sup>a</sup>, Romero N<sup>a</sup>, Pedraza S<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Girona. España

#### PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente varón de 40 años con adenocarcinoma de páncreas pT4 (invasión del tronco celiaco) NOMO diagnosticado en septiembre de 2014. Recibió tratamiento neoadyuvante con quimioradioterapia con estabilidad de la enfermedad hasta mayo 2015. Se decide realizar entonces cirugía de Appleby modificada previa embolización proximal de las arterias hepática común (AHC) y gástrica izquierda. La cirugía se practicó en junio de 2015 sin complicaciones, siendo alta a los 4 días. Actualmente a 22 meses de la cirugía el paciente se encuentra asintomático sin evidencia de enfermedad.

#### PRESENTACIÓN DEL CASO

La cirugía es el único tratamiento curativo aceptado para el adenocarcinoma pancreático distal (ACPD). En el momento del diagnóstico sólo el 20 % de los localizados en cabeza y el 10 % en cuerpo de ACPD son resecables. Las dos principales razones por las cuales son irresecables son la presencia de metástasis a distancia y la invasión vascular, siendo esta última una contraindicación más controvertida. En los pacientes con ACPD e infiltración del axis celiaco, la pancreatectomía distal con esplenectomía en bloc y resección del tronco celiaco (cirugía de Appleby modificada) puede permitir la resección curativa. La embolización de las ramas del tronco celiaco se realiza con el objetivo de hipertrofiar las colaterales arteriales para el estómago y el hígado (gastroduodenal, arcadas duodenopancreáticas),

disminuyendo el riesgo de isquemia gástrica y hepática postquirúrgicas. El acondicionamiento prequirúrgico obtenido mediante embolización y distribución de flujos es un concepto innovador con un futuro prometedor, siendo nuestro caso un ejemplo más de ello.

## C07

**EMBOLIZACIÓN DE ANEURISMA BRONQUIAL**

Afanador E<sup>a</sup>, Parra P<sup>a</sup>, Gibbs J<sup>a</sup>, López F<sup>a</sup>, Méndez S<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. España

**PRESENTACIÓN DEL CASO**

Varón de 49 años de edad, con hemoptisis ocasional. AP: Ca de Cavum en 1992, metástasis pulmonares en 1994, tratado con radioterapia y quimioterapia hasta 1998. Remisión de enfermedad en el 2000. Se realiza TC por sintomatología respiratoria que muestra: alteración cicatrizal y pérdida de volumen pulmonar biapical e incidentalmente aneurisma bronquial derecho de 15,3 mm de diámetro. Previa arteriografía diagnóstica, se emboliza aneurisma bronquial derecho con hidrocoils y Onyx. TC de control 3 meses: aneurisma sin pasaje de contraste en su interior.

**DISCUSIÓN**

Considerada como patología de rara incidencia, el aneurisma de la arteria bronquial, por su alta mortalidad, debe sospecharse en pacientes con dolor torácico y hemoptisis. Suele encontrarse en pacientes con patología pulmonar: inflamatoria, congénita, traumática, etc. Los cambios inflamatorios inducidos por la radioterapia son la causa probable en nuestro caso.

**REVISIÓN DEL TEMA****Aneurisma de arteria bronquial**

Se define como cualquier dilatación anómala que se extienda al origen o a cualquier segmento de las arterias bronquiales.

**Epidemiología**

Con menos de 100 casos descritos en la literatura, es una patología extremadamente rara, reportándose en solo un 1% de las arteriografías bronquiales. Catalogada como patología urgente por su alta mortalidad.

**Clasificación**

Mediastinales, intrapulmonares o mixtos.

**Presentación clínica**

Asintomáticos hasta su ruptura. Pueden presentarse como hemomediastino, síndrome de vena cava o disfagia.

**Fisiopatología**

No es bien conocida, se asocia a pacientes con bronquiectasias, silicosis, Ca. pulmonar, trauma torácico, síndrome de Rendu-Osler-Weber e infecciones recurrentes.

**Tratamiento**

Quirúrgico o embolización transcatereter.

**Complicaciones**

Hemorragia y todos los derivados del tratamiento.

## C08

**EMBOLIZACIÓN DE COMUNICACIÓN PORTOSISTÉMICA IATROGÉNICA CON EL IMPLANTE DE TAPÓN DE NITINOL TIPO AMPLATZER DE 22 mm ASISTIDO CON “DOBLE REMODELING”**

Bravo de Laguna A<sup>a</sup>, Aguilar Y<sup>a</sup>, Cubillo D<sup>a</sup>, Buceta E<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital Insular Materno-Infantil. Gran Canaria. España

**PRESENTACIÓN DEL CASO**

Presentamos el caso de un varón de 62 años con obesidad mórbida al que se le practica cirugía bariátrica en mayo/15 con gastrectomía tubular más coloecistectomía. Pérdida de 60 kg desde entonces. El paciente es remitido a los 6 meses de la intervención a consulta de digestivo por encefalopatía hepática y comunicación portosistémica espontánea objetivada en TC de control postquirúrgico. Por acceso trasparietohepático y de ambas venas femorales comunes se cierra comunicación portosistémica con el implante de tapón de nitinol de 22 mm asistido con “doble *Remodeling*” para impedir la migración del tapón; un balón inflado en la porta tras acceso trasparietohepático y el otro balón en la cava, a la altura de la comunicación, vía vena femoral común derecha.

El dispositivo de implanta vía femoral común izquierda, constatándose al final del mismo, el cierre casi total de la comunicación y la restauración de flujo portal hepatopeto.

A los 4 meses del procedimiento se objetiva cierre completo de la comunicación portocava y resolución de la encefalopatía.

## C09

### EMBOLIZACIÓN DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA ESPLÉNICA (FAVE) CON VARIAS DE SUS POSIBLES COMPLICACIONES, A PROPÓSITO DE UN CASO

Jiménez JM<sup>a</sup>, Rodríguez JE<sup>a</sup>, Vega F<sup>a</sup>, Argüelles B<sup>a</sup>, Sanmartino S<sup>a</sup>, Soto V<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Hospital Insular Materno-Infantil. Gran Canaria. España

#### PRESENTACIÓN DEL CASO

En una paciente de 67 años con TC previa a una colecistectomía, se identifica una fístula arteriovenosa esplénica (FAVE), con una dilatación de 3 cm de la vena esplénica. Se emboliza con *coils* debido al alto riesgo de desarrollo de hipertensión portal con éxito técnico. Durante la intervención existe una migración de un *coil* a la vena porta principal introduciéndose en la vena porta derecha. Se recupera mediante acceso portal transparietohepático con un sistema de lazo en el mismo procedimiento. En una TC de control se observa trombosis de la vena porta donde se había depositado el *coil* migrado y una fístula arterioportal intrahepática que afectaba a los segmentos 5 y 6. En una nueva TC se aprecia una resolución de la trombosis portal y persistencia de la fístula arterioportal.

#### DISCUSIÓN

Las FAVes tienen una etiología multifactorial como pacientes múltiparas, traumatismos entre otros además de idiopática. Conllevan un alto riesgo de desarrollo de hipertensión portal por lo que se recomienda cerrar mediante embolización endovascular o quirúrgica, siendo la primera opción de elección debido a ser menos invasiva y obtener resultados similares. Se recomienda disminuir el flujo arterial durante la embolización mediante balón oclisor si la morfología arterial permite navegar un catéter-balón. Se debe anticoagular tras la embolización para evitar trombosis debido al éstasis sanguíneo. La fístula arterioportal es una posible complicación del acceso transparietohepático portal y puede ser causa de hipertensión portal.

## C10

### EMBOLIZACIÓN DE PSEUDOANEURISMA RENAL CON ONYX

Soto V<sup>a</sup>, Sanmartino S<sup>a</sup>, Vega F<sup>a</sup>, Rodríguez JE<sup>a</sup>, Jiménez JM<sup>a</sup>, De Lamo A<sup>b</sup>, López C<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Sección de Radiología Vasculare e Intervencionista. Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). Oviedo. España

<sup>b</sup> Sección de Cirugía General. Fundación Hospital del Oriente de Asturias. Arriandas. España

<sup>c</sup> Sección de Radiodiagnóstico. Hospital de Jarrío. Jarrío. España

#### OBJETIVO

Presentar el tratamiento de un pseudoaneurisma renal roto tratado con exclusivamente con Onyx.

#### REVISIÓN DEL TEMA

Los pseudoaneurismas renales suelen presentarse tras un traumatismo abdominal o iatrogenia. A diferencia de los verdaderos aneurismas, estos se tratan independiente del tamaño. En el caso de pseudoaneurismas de gran tamaño y en aquellos que produzcan sintomatología como sangrado retroperitoneal, dolor o hematuria, el tratamiento de elección es endovascular. Otras opciones son la embolización percutánea o la reparación quirúrgica. El tratamiento endovascular depende de la localización del aneurisma, siendo lo más habitual la exclusión del mismo con *stent* cubierto, embolizándolo con *coils* o embolizando las ramas nutricias. Presentamos el caso de un paciente operado de litiasis coraliforme que en el postoperatorio presenta inestabilidad hemodinámica y hematuria. El angio-TC abdominal muestra un pseudoaneurisma renal izquierdo de 47 mm localizado en una rama segmentaria y que se extiende fuera de la cortical renal así como hematoma retroperitoneal ipsilateral. Tras la cateterización selectiva de la rama de la que depende el aneurisma se emboliza con Onyx, con buen resultado. El paciente se estabiliza y cesa la hematuria.

#### CONCLUSIONES

El tratamiento endovascular habitual de los aneurismas se realiza excluyéndolos del flujo con *stents* cubiertos y/o *coils*. Los agentes líquidos suelen utilizarse como complemento de los anteriores. En este caso el aneurisma afecta a una rama segmentaria y alcanza la periferia, pudiendo



realizar una embolización tanto del aneurisma como de la rama nutricia de forma rápida y segura, sin requerir el uso de otros materiales de forma complementaria.

## C11

### EMBOLIZACIÓN DE SANGRADO DUODENAL VARICEAL Y SHUNT MESOCAVA MEDIANTE DOBLE ABORDAJE VENOSO

Lascuevas MD<sup>a</sup>, Álvarez A<sup>a</sup>, González M<sup>a</sup>, Echenagusía M<sup>a</sup>, Rodríguez G<sup>a</sup>, Calleja E<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España

#### PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente con cirrosis enólica portadora de TIPS desde hace tres años presenta hemorragia digestiva alta en el curso de una descompensación cardíaca. El angio-TC muestra numerosas varices duodenales con sangrado endoluminal. La revisión angiográfica del TIPS revela la existencia de un *shunt* mesocava de alto flujo con sangrado activo variceal en la luz duodenal siendo el TIPS normofuncionante, con gradiente portocava normal.

De forma anterógrada, a través de la vena mesentérica superior, se emboliza el lecho varicoso con microcoils. Simultáneamente, se cateteriza por vía retrógrada el segmento distal del *shunt* y se ocluye liberando un tapón vascular Amplatzer de tipo II. La evolución clínica de la paciente fue satisfactoria, sin resangrado ni complicaciones derivadas del procedimiento hasta la fecha.

#### DISCUSIÓN Y REVISIÓN DEL TEMA

Los *coils* siguen siendo el material más utilizado en la embolización de varices. Si bien, los dispositivos Amplatzer son cada vez más mencionados en la literatura científica, destacando por su liberación más precisa y reversible frente a los *coils*, además, comportan una significativa reducción del tiempo de oclusión. En nuestro caso, la combinación de ambos materiales mediante un doble abordaje venoso permitió de forma simultánea la embolización variceal y la oclusión del *shunt*, al tiempo que implementamos la protección que ofrece el Amplatzer tipo II frente a la potencial migración de *coils* durante la embolización.

## C12

### EMBOLIZACIÓN LINFÁTICA COMO TRATAMIENTO DE LA BRONQUITIS PLÁSTICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Pérez M<sup>a</sup>, Díez I<sup>a</sup>, González C<sup>a</sup>, Sempere G<sup>a</sup>, Moreno A<sup>b</sup>, Segarra A<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Radiología Intervencionista. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. España

<sup>b</sup> Servicio de Neumología Pediátrica. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. España

#### INTRODUCCIÓN

La bronquitis plástica es una rara y grave complicación asociada a la cirugía cardíaca en pacientes con enfermedad cardíaca congénita. La extravasación de flujo linfático retrógrado, desde el conducto torácico hacia el parénquima pulmonar, es la causante de la formación de moldes bronquiales, con la consecuente repercusión pulmonar asociada. Hoy en día, el tratamiento de las fugas linfáticas mediante embolización del conducto torácico es una técnica aceptada por su efectividad.

#### PRESENTACIÓN DEL CASO

Presentamos un paciente de 20 años diagnosticado de Tetralogía de Fallot a quien se realizó un *shunt* de Blalock-Taussig con 1 año de edad. Posteriormente, a los 4 y 9 años fue intervenido de reconstrucción de la arteria pulmonar. Con 10 años comenzó con ataques de tos y expectoración de tapones de "moco" acompañados de graves episodios disneicos, requiriendo en ocasiones de broncoscopia urgente para extracción de moldes bronquiales.

A pesar de múltiples tratamientos médicos, tan sólo se consiguió una mejoría temporal de la clínica, sin curación. En el último año los episodios se repitieron con periodicidad mensual. Una linfo-RM confirmó extravasación de contraste hilar peribronquial bilateral, asociado a una maraña de vasos linfáticos anómalos a nivel mediastínico. Ante estos hallazgos y la severidad de la clínica, se realizó punción percutánea directa de los vasos linfáticos mediastínicos y embolización con *glue*. Desde entonces (un año de evolución) ha presentado una franca mejoría de la clínica, sin repetición de nuevos episodios de disnea, tos y moco.

C13

**EMBOLIZACIÓN PREQUIRÚRGICA DE  
FEOCROMOCITOMA BILATERAL**Gamo M<sup>a</sup>, Crespo E<sup>a</sup><sup>a</sup>Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares.  
España**PRESENTACIÓN DEL CASO**

Presentamos una mujer de 29 años natural de Guinea Ecuatorial siamesa tipo Pyopagus con anomalías asociadas tipo riñón único ectópico y disgenesia de útero y vagina. En el transcurso de un ingreso hospitalario por infección respiratoria se le realiza un TC identificándose dos grandes lesiones retroperitoneales de hasta 14 cm que, en un principio, fueron catalogadas de hidatidosis. En el inicio de la cirugía presentó una crisis hipertensiva de 300/160 y bradicardia sinusal a 30 lpm que requirieron cancelación de la cirugía e ingreso en UVI. Dados estos hallazgos se rehistoria a la paciente y con nuevas pruebas analíticas y de imagen se logra el diagnóstico de feocromocitomas bilaterales gigantes. En el comité de tumores abdominales se decide embolizar prequirúrgicamente, buscando no solo una reducción de pérdida sanguínea sino también una menor descarga adrenérgica durante la resección. Se realiza embolización bilateral satisfactoria con agente líquido (Onyx) y resección al mes sin objetivarse complicaciones perquirúrgicas.

**DISCUSIÓN Y REVISIÓN DEL TEMA**

La embolización prequirúrgica se ha empleado en el tratamiento de gran variedad de tumores de origen neuroendocrino incluyendo paragangliomas y metástasis hepáticas. Sin embargo, en la literatura médica encontramos exclusivamente la embolización de feocromocitomas en cuadros clínicos agudos como shock cardiogénico y sangrado por rotura espontánea. Ésta es la primera vez que se describe la embolización prequirúrgica en un feocromocitoma bilateral gigante con el objetivo de disminuir el sangrado y, principalmente, el cuadro adrenérgico asociado a su manipulación quirúrgica.

C14

**ENDOPRÓTESIS AÓRTICA CUSTOMIZADA  
PARA EL TRATAMIENTO DE FÍSTULA AV  
DE ALTO FLUJO POSTNEFRECTOMÍA**Peiró J<sup>a</sup>, Nacarino V<sup>a</sup>, Ponce J<sup>b</sup>, Sánchez JM<sup>b</sup><sup>a</sup>Sección de Radiología Vasculare e Intervencionista. Hospital  
Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España<sup>b</sup>Sección de Cirugía Vasculare. Hospital Universitario Virgen del  
Rocío. Sevilla. España**PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente de 41 años con antecedente de nefrectomía izquierda por Ca. renal, intervenido hace 2 años. En la exploración se aprecia un soplo abdominal intenso. TAC abdominal / RM con diagnóstico de fístula arteriovenosa de arteria renal izquierda a vena renal. Solicitan cierre de la misma mediante tratamiento endovascular.

**DISCUSIÓN Y REVISIÓN DEL TEMA**

Se realiza estudio angiográfico que confirma los hallazgos descritos, siendo imposible cerrar la fístula ni con coils (dada la inestabilidad de los mismos por el alto flujo que presenta ni mediante la implantación de un tapón vascular debido a que el diámetro de la fístula sobrepasa ampliamente el rango disponible de este tipo de dispositivos. Se decide implantar una endoprótesis corta de aorta, hecha a medida, con una ventana lateral que mantenga la permeabilidad de la arteria renal derecha.

**CONCLUSIONES**

Clásicamente las FAV renales se cierran mediante la utilización de coils y/o de tapones vasculares tipo Amplatzer. En el caso que presentamos no fue posible debido al alto flujo de la fístula, que imposibilitaba la implantación de los coils y el gran calibre, tanto de la arteria aferente como de la vena eferente, que excedían el límite máximo para implantar un tapón vascular. La endoprótesis implantada fue de la casa Bolton fabricada especialmente para este caso, con una ventana lateral para mantener la permeabilidad de la arteria renal derecha.

C15

**ISQUEMIA MESENTÉRICA AGUDA.  
TROMBECTOMÍA MEDIANTE STENT  
SOLITAIRE®**Sanmartino S<sup>a</sup>, Soto V<sup>a</sup>, Jiménez JM<sup>a</sup>, Cernuda A<sup>a</sup>, Rodríguez JE<sup>a</sup>,  
Vega F<sup>a</sup>, López C<sup>b</sup>, De Lamo A<sup>c</sup><sup>a</sup> Sección de Radiología Vasculare e Intervencionista. Servicio de  
Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Central de Asturias  
(HUCA). Oviedo. España<sup>b</sup> Sección de Radiodiagnóstico. Hospital de Jarrio. Jarrio. España<sup>c</sup> Sección de Cirugía General. Fundación Hospital del Oriente de  
Asturias. Arriondas. España**PRESENTACIÓN DEL CASO**

Varón, 62 años, con dolor abdominal y leucocitosis, antecedente hace 14 años de endartectomía de AMS. El angio-TC presenta estenosis no oclusiva a varios cms del origen de AMS. La angiografía demuestra trombo parcial distal a zona intervenida y trombo endoluminal reciente en la rama ileo-cólica. Se realizó trombectomía mecánica selectiva, mediante *stent retriever*, dispositivo Solitaire® (Medtronic) de 6 × 30 mm, confirmando extracción del trombo. A las 24 horas el paciente continúa con dolor, por lo que se realizó laparotomía exploratoria sin evidencia de isquemia intestinal. El postoperatorio transcurre con normalidad, siendo alta en 1 semana. En controles (Doppler y angio-TC) sigue permeable.

**DISCUSIÓN Y REVISIÓN DEL TEMA**

La isquemia mesentérica aguda es un estado de hipoperfusión brusca del intestino que ocasiona un problema clínico muy grave con elevada morbimortalidad. La sintomatología es inespecífica y el diagnóstico, a menudo, se consigue de forma tardía. Dentro de las causas están la embolia, trombosis arterial, trombosis venosa o síndrome isquémico no oclusivo. La cirugía abierta ha sido el tratamiento quirúrgico de elección, pero las técnicas endovasculares son hoy día una parte integral del arsenal terapéutico. En este caso la extracción mecánica del trombo mediante *stent Solitaire®* ha resultado eficaz en el episodio agudo. Los *stents retrievers* consisten en una estructura de nitinol, de carácter no permanente (se retira tras la captura del trombo). Hay varios dispositivos en el mercado. Los *stents retrievers* resultan útiles en la resolución de casos como

el que presentamos, debiendo potenciarse el diagnóstico precoz, de esta grave entidad.

C16

**MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA  
MESENTÉRICA INFERIOR TRATADA  
CON EMBOLIZACIÓN TRANSARTERIAL  
Y TRANSVENOSA**Parra P<sup>a</sup>, Afanador E<sup>a</sup>, Gibbs JP<sup>a</sup>, López F<sup>a</sup>, González R<sup>a</sup>, Méndez S<sup>a</sup><sup>a</sup> Servicio de Radiología Intervencionista. Hospital Universitario  
Puerta de Hierro. Madrid. España**PRESENTACIÓN DEL CASO**

Varón de 64 años, hipertenso, con cuadro clínico de varios años de evolución de dolor abdominal inespecífico, que consulta por empeoramiento de dicho dolor abdominal, asociado a diarrea y heces sanguinolentas. Se realiza TC abdominal, objetivando marcados cambios inflamatorios en el colon descendente y sigma y aumento de calibre y tortuosidad de la arteria y vena mesentérica inferior. En la angiografía abdominal se observa un nido vascular en la porción más distal de la arteria sigmoidea con un relleno precoz de la vena mesentérica inferior, dilatada y tortuosa. El colon descendente y sigma presentaban una disminución del aporte arterial. Se realiza diagnóstico de colitis isquémica secundaria a malformación arteriovenosa (MAV) mesentérica inferior. Se lleva a cabo, en un primer tiempo, embolización por acceso transparietohepático de la vena sigmoidea y, en un segundo tiempo, vía transarterial de la arteria sigmoidea, obteniendo resultados satisfactorios con cierre de la misma y mejoría de los síntomas del paciente.

**DISCUSIÓN Y REVISIÓN DEL TEMA**

La MAV mesentérica es una entidad infrecuente que puede tener diferentes manifestaciones clínicas tales como colitis isquémica o rotura varicosa secundaria a hipertensión portal. La colitis isquémica secundaria a MAV mesentérica ha sido clásicamente tratada con colectomía y resección del mesenterio, encontrándose varios casos descritos de tratamiento endovascular, generalmente transarterial, con resolución solo parcial de la MAV. El doble abordaje transarterial y transvenoso permiten el cierre total de la MAV, con mejores resultados finales, evitándose, de este modo, una cirugía mayor, en nuestro caso una colectomía total.



C17

**MANEJO PERCUTÁNEO DE PSEUDOANEURISMA MEDIASTÍNICO POSTERIOR AL TRATAMIENTO DE DISECCIÓN AÓRTICA AGUDA TIPO A**Mantilla AJ<sup>a</sup>, Gil S<sup>a</sup>, Hurlé A<sup>a</sup>, Contreras D<sup>a</sup>, Pascual MD<sup>a</sup>, Irúzun J<sup>a</sup><sup>a</sup> Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. España**OBJETIVOS**

La formación de un pseudoaneurisma mediastínico es una complicación potencialmente fatal posterior a la cirugía aórtica. El tratamiento habitual es la cirugía abierta, un procedimiento técnicamente difícil y con alta mortalidad especialmente durante el postoperatorio temprano. Presentamos un caso tratado endovascularmente.

**METODOLOGÍA**

Mujer de 67 años portadora de prótesis valvular aórtica que ingresó por síndrome aórtico agudo siendo diagnosticada de disección aórtica aguda tipo A. Fue tratada de forma quirúrgica urgente colocándose injerto de aorta ascendente y válvula aórtica con reimplantación de arterias coronarias (técnica Bentall-Bono). Al tercer día de postoperatorio se realiza control con angio-TC evidenciando un pseudoaneurisma de 4,5 cm adyacente a la aorta ascendente con punto de entrada localizado en la arteria coronaria derecha, a nivel de la anastomosis del injerto.

Se realizó aortografía confirmando los hallazgos del TC. Se accedió al saco aneurismático y se trató con un dispositivo de cierre Amplatzer de 6 × 11 mm.

**RESULTADOS**

La aortografía de control mostro una mínima fuga de contraste dentro del pseudoaneurisma. Una semana después se realizó control con angio-CT demostrando trombosis completa del pseudoaneurisma.

**CONCLUSIONES**

En nuestra experiencia el tratamiento endovascular de los pseudoaneurismas postquirúrgicos de aorta es posible, siendo una opción efectiva y poco agresiva que debe ser considerada cuando sea técnicamente posible.

C18

**MIGRACIÓN INDESEADA DE A-HEXIL-CIANOACRILATO AL PULMÓN: MICROEMBOLIAS DEL PEGAMENTO PRODUJERON UNA RESPUESTA PULMONAR INFLAMATORIA**Farfán F<sup>a</sup>, Romera R<sup>a</sup>, Palomera A<sup>a</sup>, Olavarria A<sup>a</sup>, Sánchez J<sup>a</sup>, Blázquez J<sup>a</sup><sup>a</sup> Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España**PRESENTACIÓN DEL CASO**

Mujer de 50 años que acude para tratamiento de várices pélvicas mediante embolización. Se usó una mezcla de Purefill® (α-hexil-cianoacrilato) y Lipiodol, la cual se inyectó en ambas venas ováricas, con previa colocación de coils proximales de seguridad. Durante el procedimiento se observó que parte del agente embolizante no fraguó, sino que permaneció flotante, sin visualizar migración a sitios indeseados, por lo que la paciente fue dada de alta a las 24 horas.

**DISCUSIÓN Y REVISIÓN DEL TEMA**

Una semana después la paciente acude a la urgencia por disnea y fiebre, objetivándose PCR de 215 y un patrón pulmonar intersticial con múltiples opacidades alveolares en la radiografía que es interpretado por el médico de urgencias como bronconeumonía por lo que se va a casa con antibioterapia. A los 3 días la paciente regresa por persistencia del cuadro y se le realiza una TC de tórax sin contraste, en el que además, se comprueba la existencia de hiperdensidades puntiformes en el trayecto periférico de los vasos pulmonares, que son interpretadas como microembolias de Purefill®.

Los agentes embolizantes tipo cianoacrilatos, aunque han demostrado muy buenos resultados, no están exentos de complicaciones, una de ellas la embolia pulmonar. Creemos que nuestro caso es excepcional por la disociación entre los pequeños fragmentos del pegamento migrados al pulmón y el aparatoso cuadro de respuesta inflamatoria local condicionada por la toxicidad del mismo. Además resaltar el valor de la TC, ya que demostró los micro-fragmentos que fueron indetectables por radiografía, y la importancia de realizarla sin contraste endovenoso, pues su uso podría dificultar la visualización de los mismos.

www.revistaintervencionismo.com Órgano oficial de SIDI y SERVEI

inter  
vencionismo

/// watson  
editorial

SIDI

servei

Intervencionismo. 2017;17(2 Supl 1):S80

C19

### PSEUDOANEURISMA POSTRAUMÁTICO DE SEGMENTO CAVERNOSO DE CARÓTIDA INTERNA TRATADO MEDIANTE STENT RECUBIERTO DE PERICARDIO EQUINO

González-Cantero JL<sup>a</sup>, Del Valle M<sup>a</sup>, Saura J<sup>a</sup>, Castro E<sup>a</sup>, Fortea F<sup>a</sup><sup>a</sup>Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España

#### PRESENTACIÓN DEL CASO

Varón de 15 años, sin antecedentes de interés, con politraumatismo severo por atropello. A su llegada al servicio de urgencias presentaba epistaxis masiva que fue tratada mediante taponamiento nasal. El angio-TC realizado mostraba múltiples fracturas faciales y de base de cráneo, incluyendo el ala mayor del esfenoides y la pared del seno esfenoidal, a partir de la cual protruía la arteria carótida interna. Se realizó una angiografía cerebral urgente que confirmó la presencia de un pseudoaneurisma del segmento cavernoso de la arteria carótida interna.

#### DISCUSIÓN Y REVISIÓN DEL TEMA

En esta comunicación se describe nuestra experiencia con un stent recubierto de pericardio equino para el tratamiento de un pseudoaneurisma de arteria carótida interna cavernosa de carácter postraumático que cursó con epistaxis masiva. También se repasan otros abordajes terapéuticos, principalmente endovasculares, para el tratamiento de estas lesiones, que incluyen desde el sacrificio del vaso portador o la embolización del pseudoaneurisma mediante coils, hasta la reconstrucción del segmento dañado mediante stents recubiertos convencionales o mediante derivadores de flujo. La utilización de stents recubiertos de pericardio para el tratamiento de pseudoaneurismas ha sido descrita en la literatura de la cardiología intervencionista. Hasta donde sabemos, éste es el primer caso publicado de un pseudoaneurisma postraumático de segmento cavernoso de carótida interna tratado mediante stent recubierto de pericardio equino.

C20

### TRATAMIENTO FÁRMACO-MECÁNICO DE TROMBOSIS PORTAL AGUDA EXTENSA EN TRASPLANTE HEPÁTICO UTILIZANDO EL DISPOSITIVO ANGIOJET™

Fernández A<sup>a</sup>, Álvarez A<sup>a</sup>, Echenagusía M<sup>a</sup>, González M<sup>a</sup>, Rodríguez G<sup>a</sup>, Camuñez F<sup>a</sup><sup>a</sup>Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España

#### PRESENTACIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de un paciente portador de un hígado trasplantado que desarrolló una trombosis portal extensa. El paciente fue tratado con éxito combinando trombolisis fármaco-mecánica con catéter AngioJet™ y reparación endovascular de una estenosis postquirúrgica subyacente. El diagnóstico inicial de trombosis portal intra y extrahepática fue realizado mediante ecografía Doppler y angio-TC. La portografía directa confirmó los hallazgos. El tratamiento consiguió la resolución completa de la trombosis portal y la viabilidad final del injerto hepático.

#### DISCUSIÓN Y REVISIÓN DEL TEMA

La trombosis portal asociada con estenosis severa de la anastomosis postquirúrgica es una de las complicaciones más graves que se asocian al trasplante hepático. La reparación endovascular mediante la utilización de fibrinólisis farmacológica asociada con angioplastia y stent está ampliamente descrita en la literatura científica. El dispositivo AngioJet™ ha sido utilizado durante años para el tratamiento de la trombosis venosa periférica, arterial periférica y de las arterias coronarias, entre otras patologías. Su aplicación en el sistema venoso portal representa una novedosa y eficaz indicación, que reduce el tiempo de fibrinólisis farmacológica con la consecuente disminución del riesgo de complicaciones.