

www.revistaintervencionismo.com Órgano oficial de SIDI y SERVEI

inter
vencionismo

/// watson
editorial

SIDI

servei

Intervencionismo. 2017;17(2 Supl 1):S24

Seguridad y Eficacia de la QETA con microesferas de 100 μ m en pacientes con CHC no resecable: Estudio multicéntrico español

Urbano J^a, Echevarría J^b, Sánchez J^c, Lanciego C^d, Ciampi JJ^d, Peña B^e, González de Garay M^e, González R^f, Méndez S^f, Muñoz JJ^g, López-Carreira L^h, Cuesta Jⁱ, Nacarino Vⁱ, Pulpeiro JR^h, Peiró Jⁱ, García A^f

- ^a Unidad de Radiología Vasculare Intervencionista. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España
- ^b Sección de Radiología Vasculare Intervencionista. Hospital Galdakao Usansolo. OSI Barrualde Galdakao. Galdakao. España
- ^c Unidad de Radiología Intervencionista. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España
- ^d Unidad de Radiología Intervencionista. Hospital Virgen de la Salud. Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo. España
- ^e Unidad de Radiología Vasculare Intervencionista. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. España
- ^f Unidad de Radiología Vasculare Intervencionista. Hospital Puerta de Hierro. Madrid. España
- ^g Unidad de Radiología Intervencionista. Hospital Universitario Carlos Haya. Málaga. España
- ^h Unidad de Radiología Vasculare Intervencionista. Hospital Universitario Locus Augusti. Lugo. España
- ⁱ Servicio de Radiodiagnóstico y Radiología Intervencionista. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. España
- ^j Unidad de Radiología Vasculare Intervencionista. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España

OBJETIVOS:

Evaluar la seguridad y eficacia de la QETA con microesferas de 100 μ m. Las partículas pequeñas penetran más, aportan fármaco más concentrado y causan una isquemia más intensa al nódulo tumoral. Sin embargo, todavía existe cierta preocupación sobre la posibilidad de que puedan ser más tóxicas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio multicéntrico prospectivo realizado por 10 hospitales (NCT2670122). Se obtuvo aprobación de la Agencia Española del Medicamento y de todos los comités éticos. Los pacientes proporcionaron Consentimiento Informado. La indicación fue conforme la práctica clínica habitual incluyendo pacientes Child-Pugh \leq B7, ECOG 0. Todas las QETAs fueron selectivas o ultraselectivas administrando hasta 3 ml de microesferas de 100 μ m con un máximo de 150 mg de doxorubicina. Se registran todas las complicaciones. Se emplea el mRECIST para valorar respuesta. Están previstos dos años de seguimiento.

RESULTADOS:

Se incluyeron 131 pacientes desde marzo-15 a noviembre-16. La edad media fue 68,3 años (47-84 a), Child A5 70,2 %, A6 18,3 % y B7 11,5 %. 75 (57,2 %) eran estadio A de la BCLC y 56 (42,8 %) estadio B. Se trataron 223 nódulos con tamaño medio de 27,7 mm (8-100 mm) y 1,7 nódulos por paciente de media. Se realizaron 244 QETAs con 1,8 procedimientos de media por paciente. La tasa de Respuesta Objetiva a 3 meses (completa + respuesta parcial) fue 72,8 %. La mortalidad post-tratamiento a 30 días fue 0 %. Las complicaciones menores fueron 6,9 % y las mayores 4 %.

CONCLUSIÓN:

Este estudio proporcionará información objetiva sobre la seguridad de la QETA con microesferas pequeñas.



Órgano oficial de SIDI y SERVEI



Tratamiento de metástasis hepáticas de tumor neuroendocrino mediante radioembolización con esferas de Ytrio-90

Calleja E^a, Echenagusía M^a, Álvarez A^a, González M^a, Rodríguez G^a, Orcajo J^a

^aHospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España

OBJETIVOS:

Valorar la eficacia y seguridad del tratamiento de metástasis hepáticas de tumores neuroendocrinos mediante radioembolización con esferas de Ytrio-90.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Entre 2007 y 2016, un total de 17 pacientes con metástasis hepáticas de tumor neuroendocrino con criterios de irresecabilidad han sido tratados en nuestro centro mediante radioembolización. El origen del tumor neuroendocrino fue páncreas en 11 casos, intestino delgado en 4, estómago en 1, y pulmón en 1. Todos los tratamientos fueron bilobares o unilobares en caso de lobectomía. Se ha analizado retrospectivamente la respuesta radiológica (RECIST 1.1) a los 6 meses del tratamiento así como los efectos adversos del tratamiento y posibles factores pronósticos.

RESULTADOS:

La actividad media de Y90 administrada por paciente fue de 2,44 Gbq (4,92-1,22 GBq). El volumen tumoral medio hepático fue de un 13,1 % (49,6 %-0,1 %) En el seguimiento a los 6 meses (RECIST 1.1) se demostró respuesta parcial en un 63 % de los casos, enfermedad estable en un 31,7 % y progresión de enfermedad en un 5,3 %. No se observaron respuestas completas. No se produjeron efectos adversos relevantes.

CONCLUSIÓN:

La radioembolización con esferas de Ytrio-90 constituye un tratamiento eficaz y seguro en pacientes con metástasis hepáticas de tumores neuroendocrinos no resecables.

Embolización portal percutánea (EPP) asociada a resección hepática mayor vs. ligadura portal con hepatectomía secuencial (ALPPS), en enfermedad hepato-biliar maligna avanzada

Flores J^a, García R^a, Martínez J^a, Pérez D^a, Cifrián M^a

^aHospital de Universitari y Politecnic La Fe. Valencia. España

OBJETIVOS:

- Comparar la eficacia y seguridad de ambas modalidades de tratamiento
- Conocer las ventajas y desventajas
- Analizar la experiencia y resultados en nuestro centro

MATERIAL Y MÉTODOS:

El diseño del estudio es descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. Entre enero del 2012 y diciembre del 2015, se han tratado a 26 pacientes con enfermedad hepato-biliar maligna avanzada, dividido en 2 grupos según el tipo de tratamiento recibido, de las patologías el 73 % (19/26) fue de origen metastásico y 27 % (7/26) fue por enfermedad hepato-biliar primaria. Un 62 % (16/26) fue tratado por EPP más resección hepática y 38 % (10/26) con la técnica de ALPPS.

RESULTADOS:

El tiempo de hipertrofia, calculado con un modelo de regresión lineal, fue de 8 días para ALPPS y de 32 días para el grupo tratado con EPP (p -valor $< 0,001$). No se observaron diferencias significativas entre los grupos al comparar el porcentaje de incremento del remanente hepático futuro. La supervivencia libre de recurrencia estimada para 1 año de seguimiento, medida desde la fecha de la resección hepática hasta la fecha de detección radiológica de recurrencia, fue del 77 % para el grupo de EPP y del 12,5 % para el ALPPS (p -valor $< 0,001$). La probabilidad de recurrencia, calculada usando un modelo de regresión logística, fue del 0,7 para ALPPS y de 0,19 para el grupo de EPP (p -valor $< 0,05$). La supervivencia global libre de enfermedad estimada para 1 año de seguimiento, generada usando el método de Kaplan-Meier, fue del 80 % para EPP y del 40 % para ALPPS.

CONCLUSIÓN:

El método EPP asociado a resección hepática consigue un volumen de hipertrofia del remanente hepático futuro similar a ALPPS, sin embargo requiere de más tiempo. El grupo tratado por EPP muestra menor probabilidad de recurrencia y mayor supervivencia global que ALPPS.



Órgano oficial de SIDI y SERVEI



Intervencionismo. 2017;17(2 Supl 1):S27

Quince años de embolización de miomas uterinos: Lecciones aprendidas y cuestiones pendientes

Ciampi JJ^a, Cañete ML^b, Servent MP^a, Rojas S^b, Violero A^b, Lanciego C^a

^a Unidad de Radiología Intervencionista. Hospital Virgen de la Salud. Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo. España

^b Unidad de Miomas. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Virgen de la Salud. Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo. España

OBJETIVOS:

La embolización de arterias uterinas en el tratamiento de miomas (EAU), después de dos décadas, es una técnica consolidada mundialmente, y muchos aspectos de este procedimiento han quedado claros, con nivel de evidencia científica alto. En nuestra experiencia, tras 15 años ininterrumpidos del programa de EAU, hay cuestiones confirmadas y otras aún pendientes de aclarar, que exponemos en esta presentación.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Desde diciembre de 2002 a enero de 2017, y de manera consecutiva, hemos realizado embolización de las arterias uterinas (EAU) en 287 pacientes, de edad media: 42 años (rango: 28-54 años), cuya indicación eran miomas intramurales (o submucosos no extirpables por histeroscopia), que presentaban clínica de hipermenorrea y/o dolor o bien anemia que afectase seriamente su estilo de vida. Hasta el año 2009, la colaboración multidisciplinar con los ginecólogos era muy estrecha, pero a partir de entonces con la creación de la Unidad Clínica de Miomas, se llega al máximo nivel posible, basando la toma de decisiones en un algoritmo MBE, con todas las opciones terapéuticas posibles, hoy día, y que ha sido recientemente incluido (nov-2015) en el protocolo oficial de la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) realizado por nuestro grupo.

RESULTADOS:

Los resultados a largo plazo con EAU, son de > del 85 % a más de 5 años en cuanto a control de síntomas como hipermenorrea y del 100 % en cuanto a control de la dismenorrea. El % de reducción del volumen tumoral es del 65-70 % a más de 5 años. El % de complicaciones es del 4 % de amenorrea <40 años, y del 17 % en mujeres >45 años. Hay 4 casos de expulsión sintomática del mioma, 1 necrosis labial y 1 absceso glúteo y 1 caso de necrosis uterina que requirió HT. Un 9,7 % de fallos clínicos (n = 28) que requirieron THT, 12 miomectomias, 2 ablaciones endometriales, y 5 casos de reembolizaciones. El índice de satisfacción tanto de la técnica como de la atención recibida ha sido de 9/10. Un 90 % de mujeres han cumplido rigurosamente el seguimiento de controles clínicos y de imagen en los 5 años establecidos.

CONCLUSIÓN:

Los favorables resultados de la EAU tanto en nuestro grupo como en la literatura son incuestionables, pero aún así, continúa sin implantarse en muchos centros de nuestro país. Esperemos que desde el reciente protocolo de SEGO, esta situación empiece a paliarse. Por otra parte, la irrupción del tratamiento con esmya oral ha hecho reducirse el número de embolizaciones, si bien con la reciente y favorable revisión del concepto de daño en la fertilidad asociado a EAU, y de la más que posible ampliación de criterios de EAU y gestación por parte de los ginecólogos más expertos en el tema; todo esto suponga un nuevo empuje a la EAU en los próximos meses. También trabajar hacia la creación de Unidades específicas de tratamiento integral del mioma uterino, nos indica hasta que punto de excelencia se puede llegar de una colaboración multidisciplinar.

www.revistaintervencionismo.com Órgano oficial de SIDI y SERVEI

inter
vencionismo

/// watson
editorial

SIDI

servei

Intervencionismo. 2017;17(2 Supl 1):S28

Embolización arterial en hemorragia postparto: 14 años de experiencia

Pascagaza A^a, Criado E^a, Falcó J^a, Guitart J^a, Teixidor M^a, Gil JC^a

^aHospital Universitario Parc Taulí. Sabadell. España

OBJETIVOS:

Determinar la eficacia y seguridad de la embolización arterial en la hemorragia postparto (HPP) y su utilidad como primera opción tras el fallo del manejo conservador de esta patología.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Hemos revisado 44 pacientes con hemorragia postparto tratadas mediante embolización arterial entre octubre de 2002 y octubre de 2016, tras instaurar un protocolo de actuación precoz en que se recurre a la Radiología Intervencionista ante el fracaso del tratamiento conservador y previo al empleo de técnicas de cirugía abierta. Ante la evidencia de focos de sangrado activo se realizó embolización de la arteria nutricia, mientras que se recurrió a embolización profiláctica de ambas arterias uterinas en los casos en que no se objetivó un claro foco de sangrado o lesión arterial.

RESULTADOS:

Se trataron 44 pacientes (12 postpartos vaginales, 28 postcesárea, 3 abortos y 1 embarazo ectópico). En la arteriografía inicial se evidenció lesión vascular o sangrado activo en el 71 % de los casos (n = 31), mientras que se realizó embolización profiláctica en el 29 % restante (n = 13). En el 9 % (n = 4) de las pacientes fue necesaria una segunda embolización para el control del sangrado. El éxito clínico alcanzado mediante la embolización fue del 95 % (n = 42) con un 9 % de complicaciones mayores. Finalmente en un 9 % (n = 4) fue necesario realizar histerectomía postembolización, en la mitad de ellas por persistencia del sangrado, y en la otra mitad por complicaciones asociadas a la técnica.

CONCLUSIÓN:

La embolización de arterias uterinas es una técnica segura y efectiva en el manejo de la HPP, y debería ser incluida en los protocolos de tratamiento como técnica de elección cuando las medidas conservadoras fracasan.



Órgano oficial de SIDI y SERVEI



Papel de la ecografía con contraste para la valoración de la embolización arterial de miomas uterinos

Teixidor M^a, Alguersuari A^a, Falcó J^a, Costa L^a, Criado E^a, Pascagaza A^a

^a Hospital Universitario Parc Taulí. Sabadell. España

OBJETIVOS:

Los miomas uterinos tiene una incidencia de 20-54 % en mujeres menores de 35 años, pero solo son clínicamente aparentes en el 25 % de ellas. La embolización arterial uterina de miomas (EAU) es una técnica mínimamente invasiva con resultados clínicos y analíticos similares a la miomectomía y a la histerectomía en pacientes premenopáusicas o sin deseo genésico. Los protocolos radiológicos actuales de seguimiento de la EAU se basan en la visualización de devascularización y disminución del tamaño del tumor mediante resonancia magnética con contraste (RM). El objetivo del estudio es valorar el papel de la ecografía con contraste (SonoVue) para el seguimiento de estas pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Ochenta mujeres fueron tratadas con EAU de miomas uterinos entre 2012-2015. A todas ellas se les realizó un estudio RM dinámico Gd y un estudio Eco SonoVue transabdominal al mes y 1 año post-EAU. Se realizó estudio comparativo retrospectivo de las dos técnicas de imagen y se correlacionó clínica y analíticamente.

RESULTADOS:

Se observó correlación de los hallazgos radiológicos en el 100 % de las pacientes. 70 pacientes presentaban signos de necrosis tumoral con vascularización uterina. En 10 pacientes se observaron signos de revascularización de los miomas y 1 paciente presentó signos de necrosis uterina post-EAU. Ocho pacientes fueron reembolizadas, observándose necrosis tumoral en la RM y el Eco SonoVue posterior.

CONCLUSIÓN:

La semiología de la US SonoVue es superponible a la de los estudios dinámicos RM, pudiendo ser útil en el seguimiento de la EAU y suplir la RM.

www.revistaintervencionismo.com

inter
vencionismo

/// watson
editorial

Órgano oficial de SIDI y SERVEI

SIDI

servei

Intervencionismo. 2017;17(2 Supl 1):S30

Conexión percutánea transreno-ureteral: una modificación del *rendez-vous* urológico

López-Zárraga F^a, Maynar FJ^a, Bastida R^a, Pampin E^a, Hurtado K^a, Azpiazu-Urquijo A^a

^aHospital Universitario de Álava. OSI Araba. Vitoria-Gasteiz. España

OBJETIVOS:

Presentamos una modificación técnica en la cateterización combinada anterógrada y retrógrada (*rendez-vous*) en las desconexiones ureterales completas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se han tratado 5 oclusiones completas cortas ureterales mediante esta técnica. Se efectuó abordaje anterógrado por la nefrostomía y, simultáneamente, por vía retrógrada: Trans-uretral en tres de los pacientes y trans-Bricker en los otros dos. La conexión se estableció mediante aguja colapinto 14G del sistema Rosch Uchida (Cook®) utilizada en los TIPS, montada coaxialmente en un catéter cobra o MP 5F, marcándose el punto de conexión con un lazo tipo *Goose-neck* (eV3®) de 10-20 mm de diámetro a modo de diana. Una vez realizado el salto, se lazo el catéter y, a su través, se dispuso una guía de alto soporte tipo Amplatz 0,035" (Boston®) que permitió montar un balón de predilatación. Finalmente, se dispusieron catéteres uni J o doble J 8 Fr.

RESULTADOS:

Las patologías oclusivas tratadas fueron: 2 anastomosis tipo Bricker con fuga urinaria (Neoplasia y complicación de diverticulitis), 1 anastomosis tipo Boari por resección parcial del uréter (estenosis de causa desconocida), 1 estenosis pielouretreal multi-intervenida (megauréter congénito) y 1 infiltración neoplásica de la UPU (Linfoma B de grado IV B). Rango de edad de 26 a 67 años. Se consiguió éxito técnico en los 5 casos tratados con mejoría analítica en todos ellos (reducción de cifras de Cr. Con rangos pre intervención de 1,1 a 9 y postintervención de 0,7 a 1,1). Las dos fugas urinarias se resolvieron. No hubo complicaciones mayores post-procedimiento, registrándose teñido hematórico auto limitado (<24 h) en todos los casos y dolor controlado con analgesia en uno de ellos, sin complicaciones en TC de control. En el seguimiento, 4 pacientes mantienen los catéteres J que son recambiados secuencialmente y a uno se le ha retirado siendo seguido por urología con dilataciones secuenciales. El paciente con linfoma completó los ciclos de quimioterapia.

CONCLUSIÓN:

Consideramos que esta nueva vía de abordaje de la oclusión a nivel ureteral ofrece una alternativa segura y eficaz, eliminando los riesgos inherentes a las cirugías urológicas reconstructivas y reduciendo los tiempos de ingreso hospitalario.



Órgano oficial de SIDI y SERVEI



Doble tratamiento, doble beneficio: oclusiones en tándem en el ICTUS

López L^a, Molina JD^a, Pedrosa MJ^a, Hernández F^a, Juliá E^a

^a Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. España

OBJETIVOS:

Valoración del tratamiento endovascular del ictus agudo por oclusión en tándem. Análisis comparativo con respecto al resto de nuestra serie de trombectomía mecánica y con la literatura actual.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Revisión y análisis retrospectivo de pacientes con ictus agudo y oclusión en tándem, con tratamiento endovascular en nuestro centro, desde diciembre de 2014 hasta enero de 2017.

RESULTADOS:

De 105 casos, 14 presentaron oclusión en tándem. La edad media fue de 65,7 años. El NIHSS medio de presentación fue de 18 (8-25). Se implantó *stent* cervical en 12 pacientes (11 carotídeos y 1 vertebral). Intracranealmente encontramos 12 oclusiones de ACM, 1 ACI supraclinoidea y 1 AVD(V4)-basilar. Se realizó trombectomía mecánica con *stent-retriever* en 8 casos, técnica combinada *stent* + aspiración en 3 y trombectomía aspirativa en 3, con un tiempo medio de procedimiento de 84 minutos. El índice de recanalización efectivo fue de 85,7 %. Hemorragia intracraneal tras 24 h en 2 casos. Hubo 1 *exitus* a las 72 horas por hemorragia y otro en los primeros 30 días por neumonía. Comparativamente al resto de nuestra serie existe un aumento del tiempo de procedimiento del 17,8 % y un descenso del índice de recanalización del 5,7 %.

CONCLUSIÓN:

La oclusión en tándem es una entidad muy grave y de tratamiento complejo, provocando tanto una disminución en la tasa de recanalización como un aumento en la tasa de complicaciones y mortalidad, comparativamente con el resto de nuestra serie. A pesar de ello, los datos que aportamos son esperanzadores y acordes a la literatura actual.

www.revistaintervencionismo.com

inter
vencionismo

/// watson
editorial

Órgano oficial de SIDI y SERVEI

SIDI

servei

Intervencionismo. 2017;17(2 Supl 1):S32

Tratamiento endovascular del ictus isquémico en el Hospital Insular de Gran Canaria. Del caso aislado a centro de referencia provincial. Más de 300 casos de experiencia en los últimos 10 años

Bravo de Laguna A^a, Cubillo D^a, Buceta E^a, Aguilar Y^a

^aServicio de Neurología. Hospital Insular Materno-Infantil. Gran Canaria. España

OBJETIVOS:

Presentar la experiencia del Hospital Insular de Gran Canaria en el tratamiento endovascular del ictus isquémico. Aplicación de las evoluciones en terapias intervencionistas fruto de una estrecha relación con los neurólogos vasculares en los últimos 10 años.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Desde septiembre 2007 hasta febrero de 2017 se han realizado 313 tratamientos endovasculares en pacientes con ictus isquémico agudo no hemorrágico. El tratamiento del ictus isquémico ha evolucionado en los últimos años; de la trombolisis intravenosa con activador tisular del plasminógeno hasta la publicación de las últimas Guías de Práctica Clínica donde el tratamiento endovascular se ha establecido como la terapia de elección de estos pacientes siempre y cuando se cumplan una serie de criterios.

RESULTADOS:

En nuestro centro se han realizado 313 tratamientos endovasculares en pacientes con Ictus Isquémico agudo no hemorrágico en los últimos 10 años. La progresión en el número de trombectomías intracraniales ha sido exponencial. Desde mayo de 2016 el Hospital Insular de Gran Canaria es Centro de Referencia Provincial. Entre 2007-2014 se realizaron 138 tratamientos. Desde enero de 2015 más de 170. Del total de los pacientes, 57 han sido trasladados de otros hospitales. El éxito técnico (TICI 2B-3) superó el 90 %.

CONCLUSIÓN:

La eficacia de la trombectomía mecánica en el tratamiento del ictus isquémico no hemorrágico ha sido demostrada en los ensayos clínicos publicados recientemente (Mr.Clean, ESCAPE, REVASCAT, EXTEND-IA,...). El retraso en 30 min disminuye un 10 % el pronóstico de la recanalización arterial. Ofrecer esta posibilidad terapéutica a los pacientes con ictus isquémico se antoja obligatorio en cualquier comunidad autónoma de aquí a unos años. Partiendo de la colaboración con los neurólogos y una adecuada formación se obtienen resultados óptimos en el tratamiento endovascular del ictus isquémico en una Unidad de Radiología Vascular inicialmente más dedicada a la realización de procedimientos Intervencionistas periféricos que ha ido evolucionando a una unidad donde los 4 Intervencionistas hacemos también el neurointervencionismo.



Órgano oficial de SIDI y SERVEI



Resultados a medio plazo del sellado endoluminal de aneurismas de aorta abdominal con el dispositivo Nellix

Pulpeiro JR^a, López-Carreira L^a, Fraga M^a

^aRadiología Vascul ar e Intervencionista. Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo. España

OBJETIVOS:

El sellado endoluminal de aneurismas de aorta abdominal (EVAS) es una alternativa interesante al tratamiento endovascular convencional (EVAR) por la teórica eliminación de fugas II y la sencillez de la planificación e implante. En la literatura se describen resultados a corto plazo, con periodos de seguimiento de entre 12 y 24 meses.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Revisión retrospectiva de 33 pacientes, varones, tratados con Nellix desde noviembre 2013-enero 2017 (media 19,6 meses; R = 0,2-37). Edad media 77,5 años; R: 53,3-87,4.

RESULTADOS:

Fueron tratados 23 aneurismas infra-yuxtarenales, 6 aneurismas ilíacos y 4 yuxtarenales, éstos mediante chimeneas (CHEVAS). El 81,8 % fueron realizados con anestesia epidural y el 86 % vía percutánea con 100 % de éxito técnico inicial y ausencia de mortalidad a 30 días. 5 pacientes precisaron trombectomía por trombosis de rama/ilíaca externa. Durante el seguimiento fallecieron 5 pacientes, uno por rotura del aneurisma (fuga Ia) y los otros por causas no relacionadas con la intervención. En 13/23 aneurismas infra-yuxtarenales se objetivó modificación de la posición de las bolsas dentro del saco aneurismático acompañados de descenso, sin repercusión, salvo en la fuga Ia. Se detectaron 2 fugas tipo II y una tipo V. No hubo complicaciones durante el seguimiento de los aneurismas ilíacos (14,6 meses; R = 1,8-31). Se produjo oclusión de una chimenea renal en los tratados mediante CHEVAS (3,4 meses; R = 0,2-6,2).

CONCLUSIÓN:

La terapia EVAS/CHEVAS parece efectiva a medio plazo, pero los cambios de posición observados en las prótesis deben de ser evaluados a largo plazo.

www.revistaintervencionismo.com

inter
vencionismo

/// watson
editorial

Órgano oficial de SIDI y SERVEI

SIDI

servei

Intervencionismo. 2017;17(2 Supl 1):S34

Trombectomía farmacomecánica en pacientes con TVP aguda

Arias ME^a, Fernández I^a, Urbano J^a, Cabrera JM^a, Alonso A^a

^aHospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España

OBJETIVOS:

Valorar la eficacia y seguridad de la trombectomía farmacomecánica (TFM) en TVP.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se evaluaron 29 pacientes con TVP aguda sintomática (<21 días) que recibieron tratamiento con TFM. Edad media: 44 años (rango 19-91) (14 ♂ y 15 ♀). 17 pacientes presentaron TVP en miembros inferiores (TVPMI) y 12 en miembros superiores (TVPMS). TFM fue realizada con bolo de 300.000UI de uroquinasa intracoágulo y diferentes equipos: Trellis[®], Angiojet Sole-Omni[®] y Angiojet Zelante[®]. En los pacientes con TVPMI se colocaron filtros vena cava. Se realizó seguimiento clínico, analítico y radiológico. El éxito técnico fue definido como eliminación ≥75 % del trombo. Definimos éxito clínico como ausencia de síndrome posttrombótico (SPT) o TVP durante el seguimiento.

RESULTADOS:

Factores de riesgo para TVPMI: neoplasia (35 %) y síndrome de May-Turner (24 %). La trombosis asociado a esfuerzos fue el principal factor de riesgo para TVPMS (66 %). Trombofilia desconocida fue el 10,3 %. El éxito técnico se obtuvo en 65 % (19 pacientes). El éxito clínico se obtuvo en el 100 % de los pacientes con TVPMS y en 70 % con TVPMI. El seguimiento medio es 17,2 meses (1-36 m). 2 pacientes presentaron retrombosis (30 días), mientras 2 tuvieron SPT significativo. 15/16 FVC fueron retirados. Complicaciones mayores ocurrieron en 3,4 % (fallo renal agudo con recuperación de la función renal en 6 semanas en 1 paciente) y las menores en 3,4 % (aumento asintomático de creatinina).

CONCLUSIÓN:

TFM es un tratamiento efectivo para TVP agudas proximales. No hubo sangrado ni complicaciones trombóticas relacionadas al procedimiento. Se recomienda hidratación intensa previa a trombectomía hidrodinámica.

www.revistaintervencionismo.com

inter
vencionismo

/// watson
editorial

Intervencionismo. 2017;17(2 Supl 1):S35

Órgano oficial de SIDI y SERVEI



Estenosis en la anastomosis arterial de los injertos hepáticos donados de cadáver. Eficacia y seguridad del tratamiento endovascular mediante angioplastia

Jiménez JM^a, Rodríguez JE^a, Argüelles B^a, Sanmartino S^a, Soto V^a, González ML^b

^a Sección de Radiología Vascul ar e Intervencionista. Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). Oviedo. España

^b Unidad de Transplante Hepático. Servicio de Digestivo. Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). Oviedo. España

OBJETIVOS:

Demostrar la eficacia y seguridad de la dilatación mediante angioplastia con catéter-balón de las estenosis de la arteria hepática en pacientes postransplantados con injerto hepático de cadáver.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se analizan retrospectivamente la eficacia, complicaciones y evolución de 20 pacientes a los que se les realizó una angioplastia mediante catéter-balón de una estenosis en la arteria hepática desde 2004 hasta 2016. Se consideró éxito técnico a la dilatación con una estenosis residual menor del 30 %. Se obtuvieron los IR mediante Doppler pulsado previos y posteriores a la angioplastia. En todos los pacientes se usó un microcatéter con microguía para recanalizar la estenosis y se realizó angioplastia con balones de diámetro comprendidos entre 3 y 6 mm.

RESULTADOS:

El éxito técnico se obtuvo en 19 de 20 pacientes (95 %). Se produjo una disección en un caso, se resolvió espontáneamente, tenía dos bucles arteriales por lo que se abandonó el procedimiento. Otro paciente sufrió un espasmo de la arteria hepática propia que se resolvió con solinitrina. En todos los pacientes con IR patológicos (inferiores a 0,5) o con un incremento patológico del tiempo de aceleración sistólica (0,08 s) se recuperaron sus valores normales, excepto en uno en el que continúan bajos. Todos los pacientes están vivos. Uno fue retransplantado tras la angioplastia por complicaciones secundarias a la colangitis isquémica desarrollada.

CONCLUSIÓN:

La angioplastia con catéter-balón es una técnica eficaz y segura para tratar estenosis arteriales que afectan a la anastomosis de las arterias hepáticas en pacientes con injerto hepático de cadáver.

Estudio Duramax

Peiró J^a, Nacarino V^a, Iglesias A^a, Urbano J^b, Arreba E^c, Udaondo M^c, Novo J^d, Ponce MD^d, Hernández T^d, Poza MA^e, Pinar A^e, Sánchez J^f, Olavarría A^f, Blazquez J^f, Cuesta J^g, Mingo A^g, García A^h, González R^h, Sánchez Aⁱ, Parga Gⁱ

^aHospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España

^bHospital Universitario Fundación Jimenez Díaz. Madrid. España

^cHospital Clínico de Valladolid. Valladolid. España

^dHospital La Paz. Madrid. España

^eHospital Universitario de Ciudad Real. Ciudad Real. España

^fHospital Ramón y Cajal. Madrid. España

^gHospital de la Princesa. Madrid. España

^hHospital Puerta de Hierro. Madrid. España

ⁱHospital 12 de Octubre. Madrid. España

OBJETIVOS:

Estudio multicéntrico de 9 hospitales sobre el catéter de hemodiálisis Duramax en el cual como objetivos, se plantea analizar:

1. Medición del flujo durante la hemodiálisis. Postimplante/1, 3, 6, 12 meses
2. Durabilidad del catéter
3. Complicaciones precoces y tardías

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se incluyen inicialmente en el estudio 383 pacientes, de los cuales 232 se pierden para el seguimiento completo de los 12 meses, exponiéndose las causas entre las que se encuentran la realización de una fístula quirúrgica, transplante renal, diálisis peritoneal, etc. La vía de acceso de los catéteres implantados es yugular derecha en 343 casos, yugular izquierda en 34 casos y femoral en 6, variando la longitud del catéter entre los 20 y los 48 cm, con un predominio de los de 24 y 28 cm. Se incluyen para el análisis 354 pacientes en la primera diálisis, 339 al mes, 303 a los 3 meses, 227 pacientes a los 6 meses y 151 a los 12 meses. Siendo el número total de hemodiálisis analizadas de 1374 sesiones.

RESULTADOS:

Se obtiene buen flujo en el 87,7 % de las sesiones de hemodiálisis, siendo insuficiente en el 2,6 % de los casos y teniendo que utilizarse el catéter invertido en el 9,7 % restante. La tasa de complicaciones global apreciada es del 7,8 % (Infección 4,3 %, sangrado 1,5 %, Trombosis 1,5 % y 0,5 % otras menos importantes). La durabilidad del catéter ha sido muy alta requiriendo ser recambiado solamente en el 3,3 % de los casos.

CONCLUSIÓN:

El estudio Duramax confirma la fiabilidad del catéter con una funcionalidad alta en las sesiones de hemodiálisis, una tasa de infección y trombosis muy baja y una alta durabilidad.



Órgano oficial de SIDI y SERVEI



Intervencionismo. 2017;17(2 Supl 1):S37

Embolización de los *shunts* portosistémicos espontáneos en pacientes cirróticos con encefalopatía hepática recurrente: ¿qué hemos aprendido tras más de 10 años de experiencia?

Parra-Fariñas C^a, Pérez M^a, Díez I^a, González-Junyent C^a, Sempere G^a, Segarra A^a

^aHospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. España

OBJETIVOS:

1. Mostrar los hallazgos radiológicos del *shunt* portosistémico espontáneo (SPSE)
2. Revisar los criterios de tratamiento endovascular
3. Evaluar el impacto clínico y radiológico del tratamiento del SPSE

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio prospectivo de 40 pacientes con cirrosis hepática refractaria a tratamiento médico y embolización del SPSE, desde febrero de 2002 hasta enero de 2017. Se analizaron las siguientes variables: características basales, presentación clínica, técnica diagnóstica, decisión terapéutica y evolución clínica y radiológica.

RESULTADOS:

La edad media fue de $62,5 \pm 13,9$ años, 55,0 % de hombres. Etiología de la cirrosis: alcoholismo (36,7 %), VHC (23,4 %), criptogénica (20,0 %), esteatohepatitis no alcohólica (13,3 %), cirrosis biliar primaria (3,3 %) y hepatitis autoinmune (3,3 %). El 12,5 % de los pacientes eran trasplantados hepáticos. Diagnóstico y planificación terapéutica: ecografía Doppler, angio-TC y portografía directa (abordaje yugular). Tipo de *shunt*: espleno-renal (68,4 %), meso-cavo/renal (15,8 %), gastro-azigos/renal (10,5 %) y venas umbilicales repermeabilizadas (5,3 %). Material de embolización: *coils* (60,7 %), dispositivos de oclusión (32,1 %) y agentes líquidos (7,2 %). Se identificó repermeabilización del SPSE en el 10,0 %, requiriendo un segundo abordaje. Se consiguió mejora de la autonomía y disminución de la gravedad del peor episodio de encefalopatía hepática en todos los pacientes. Un paciente presentó bajo gasto cardiaco transitorio tras el cierre abrupto del SPSE. No se produjeron otras complicaciones derivadas del procedimiento, gastropatía hipertensiva o desarrollo de varices.

CONCLUSIÓN:

La encefalopatía hepática es un síndrome neuropsiquiátrico, frecuente en pacientes cirróticos con SPSE. La embolización consigue significativa mejora del nivel de conciencia, descenso de los niveles de amonio y reinversión del flujo portal, incluso en pacientes con trasplante hepático.

www.revistaintervencionismo.com Órgano oficial de SIDI y SERVEI

inter
vencionismo

/// watson
editorial

SIDI

servei

Intervencionismo. 2017;17(2 Supl 1):S38

TIPS en pacientes con síndrome de Bud-Chiari (SBC)

Daguer EE^a, Rodríguez GI^a, González M^a, Álvarez A^a, Echenagusía M^a

^aSección de Radiología Vasculare Intervencionista. Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España

OBJETIVOS:

Valorar eficacia y seguridad del TIPS en pacientes con SBC.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Entre los años 1991 y 2017, 18 pacientes con SBC requirieron la realización de un TIPS. La edad media fue de 43,7 años (+/- 13). Las indicaciones para el TIPS fueron: ascitis refractaria en 12 pacientes y hemorragia en 6, en 4 de los cuales el *shunt* se efectuó de manera urgente. El seguimiento fue realizado mediante evaluación clínica, US, venografía y medición del gradiente portocava (GPC). En 12 pacientes se implantó prótesis recubierta (Viatorr) y en 6 prótesis no recubierta (Wallstent).

RESULTADOS:

El éxito técnico fue del 100 %. El GPC medio descendió de $19,75 \pm 7,47$ a $7,12 \pm 3,26$ mmHg. Las complicaciones relacionadas con el procedimiento se controlaron de manera satisfactoria con tratamiento médico. Durante el seguimiento (45,21 meses), 4 pacientes presentaron disfunción del TIPS (GPC > 12 mmHg), que fue tratada con éxito de manera percutánea. Un paciente presentó encefalopatía 10 meses tras la realización del *shunt*, controlada con tratamiento médico. La permeabilidad primaria fue del 92 %, 90 %, 87,5 % y 71,4 % a los 6, 12, 24 y 48 meses, respectivamente. La tasa de supervivencia fue del 88 %, 81 % y 81 %, a los 6, 12, y 24 meses respectivamente.

CONCLUSIÓN:

En nuestra experiencia, el TIPS es seguro y efectivo en pacientes con SBC que requieren una derivación porto-sistémica.



Órgano oficial de SIDI y SERVEI



Embolización de hemorragia digestiva masiva y focal: 15 años de experiencia

Urbano J^a, Cabrera M^a, Alonso-Burgos A^a, Arias ME^a

^a Unidad de Radiología Vascul ar e Intervencionista. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España

OBJETIVOS:

Mostrar la técnica, resultados y evolución en la embolización de pacientes con Hemorragia Digestiva (HD) masiva no resuelta mediante endoscopia ni cirugía.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se analiza retrospectivamente una cohorte de 155 pacientes tratados entre 2003 y febrero de 2017. Se incluyen HD altas y bajas (HDA, HDB) que causaron inestabilidad hemodinámica o precisaron transfusión urgente. La endoscopia no fue posible o no fue efectiva. La cirugía solo se planteó en caso de fracaso o complicación de la embolización. Se analizan las causas, los materiales empleados, la hemostasia inmediata, el resangrado y las complicaciones.

RESULTADOS:

Se trataron 87 HDA y 68 HDB en 97 hombres y 58 mujeres con edades entre 31 y 92 años. El éxito técnico fue del 98,8 %. Se realizó TAC inmediatamente antes de embolizar en todas las HDB y endoscopia en todas las HDA. Las causas de HDA fueron: ulcus 26, varices gastro-esofágicas 26, iatrogenia 11, pseudoaneurismas 10, tumores 8, otros 6. Las HDB fueron: divertículos 22, iatrogenia 17, postquirúrgico 8, angiodisplasia 6, tumores 5, ulcus 4, otros 9. Respecto al embolizante empleado fue Onyx 50,3 %, *microcoils* 15,4 %, cianoacrilato 15,4 %, ocluidores de nitinol 1,3 %, micropartículas 1,3 % y 0,9 % otros. Se empleó una combinación de agente líquido + mecánico en el 15,4 %. La mortalidad a 30 días fue 11 %. Ningún paciente falleció ni requirió cirugía como consecuencia de la embolización. No hubo complicaciones isquémicas sintomáticas.

CONCLUSIÓN:

En la embolización de la HD se pueden dar una gran variedad de situaciones clínicas y de potenciales agentes embolizantes.

Sangrado de varices pericolestómicas: tratamiento mediante abordaje percutáneo transhepático

Fraga M^a, López-Carreira L^a, Pulpeiro JR^a

^aHospital Universitario Lucus Augusti. Lugo. España

OBJETIVOS:

El sangrado por varices pericolestómicas es una entidad rara para la que no existe consenso en el tratamiento, encontrando reportados sólo caso aislados. El objetivo de este trabajo es describir nuestros resultados de la embolización por abordaje percutáneo transhepático como tratamiento del sangrado de varices pericolestómicas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Revisión retrospectiva de pacientes tratados con embolización transportal (abril 2015-enero 2017).

RESULTADOS:

Se intervinieron 3 pacientes con antecedentes de adenocarcinoma de colon y portadores de colostomía, que fueron ingresados previamente por sangrado profuso de varices pericolestómicas, con anemia secundaria y necesidad de transfusiones sanguíneas. Se realiza un abordaje percutáneo transhepático a la vena porta derecha, se cateteriza selectivamente la vena mesentérica inferior y se embolizan las varices pericolestómicas con mezcla de cianocrilato y lipiodol. El éxito técnico fue del 100 %. En un paciente durante el procedimiento se produce punción accidental de la arteria hepática, que se emboliza a través del tracto. Después de la embolización ningún paciente volvió a presentar sangrados y no necesitaron transfusiones sanguíneas ni reingresos por este motivo. Durante el seguimiento (1-14 meses, 7,3 meses media) falleció un paciente por su enfermedad de base, estando los dos restantes vivos y asintomáticos.

CONCLUSIÓN:

La embolización transportal de varices pericolestómicas es una técnica segura y eficaz en el tratamiento del sangrado, que mejora la calidad de vida de los pacientes disminuyendo la necesidad de transfusiones sanguíneas y las estancias hospitalarias.



Órgano oficial de SIDI y SERVEI



Trombectomía por aspiración en el tromboembolismo pulmonar masivo-submasivo. Experiencia inicial 2016-2017

Ciampi JJ^a, Romeu JM^b, Sánchez M^b, Servent MP^a, Canabal A^b, Lanciego C^a

^a Sección de Radiología Intervencionista. Hospital Virgen de la Salud. Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo. España

^b Sección de Medicina Crítica e Intensiva. Hospital Virgen de la Salud. Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo. España

OBJETIVOS:

El tromboembolismo pulmonar (TP) se asocia con estados de inestabilidad hemodinámica y tasas de mortalidad extremadamente altas. Presentamos nuestros resultados en el manejo del tromboembolismo pulmonar masivo y submasivo, empleando dispositivos de trombectomía mecánica percutánea.

MATERIAL Y MÉTODOS:

16 pacientes consecutivos (7 hombres y 9 mujeres; edad media 61 años), entre febrero 2016- enero 2017 fueron incluidos prospectivamente en el estudio. Ocho pacientes con tromboembolismo pulmonar submasivo (dilatación del ventrículo derecho y/o hipokinesia en ecocardiografía) y ocho pacientes con tromboembolismo pulmonar masivo (compromiso hemodinámico/requerimiento de drogas inotrópicas). En TC torácico se evidenciaron defectos de repleción en al menos una arteria pulmonar principal o arteria lobar. Tratados mediante trombectomía mecánica percutánea (Catéter Indigo 8 French, Penumbra, Alameda, CA) tras el diagnóstico con límite máximo de 72 horas. Cuatro pacientes recibieron tratamiento fibrinolítico sistémico con rtPA. El éxito de la intervención fue definido como estabilización hemodinámica, mejoría de la disfunción/sobrecarga del ventrículo derecho y supervivencia. Se valoró el porcentaje de trombo extraído y complicaciones hemorrágicas.

RESULTADOS:

Aspiración completa del trombo en 9 pacientes (superior al 90 % del volumen inicial), parcial (50-90 %) en 6 pacientes y 1 paciente falleció durante el procedimiento por shock refractario. Éxito clínico alcanzado en 14 pacientes y 2 pacientes no mejoraron su sintomatología. Once pacientes mostraron mejoría en cuanto a la sobrecarga/difunción del VD en ecocardiografía (media de TAPSE pre-tto 17,69 mm y TAPSE post-tto 19,69 mm/diámetro ventrículo derecho pre-tto 47,35 mm y post-tto 41,38 mm). Dos pacientes con hemorragia sistémica grave (intracraneal y abdominal) con una muerte secundaria a esto. Otro paciente con infarto cerebral (secundario a foramen oval permeable) con transformación hemorrágica. Supervivencia y alta hospitalaria en 13/16 pacientes.

CONCLUSIÓN:

Se demuestra la efectividad de la trombectomía (aspiración) pulmonar percutánea como tratamiento en el TP masivo y submasivo con elevada carga de trombo.

www.revistaintervencionismo.com Órgano oficial de SIDI y SERVEI

inter
vencionismo

/// watson
editorial

SIDI

servei

Intervencionismo. 2017;17(2 Supl 1):S42

Embolización prostática vs. RTU en la hiperplasia benigna de próstata: resultados a los 6 meses del ensayo clínico

Insausti I^a, Sáez de Ocáriz A^a, Solchaga S^a, Monreal R^a, Napal S^b, Urtasun F^a

^aSección de Radiología Vasculare Intervencionista. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. España

^bServicio de Urología. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. España

OBJETIVOS:

Comparar los resultados clínicos y urodinámicos, así como de calidad de vida, de la embolización arterial prostática (EAP) y de la resección transuretral de próstata (RTU) en el tratamiento de los síntomas del tracto urinario inferior (STUI) en pacientes con hiperplasia benigna de próstata (HBP).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Realizamos un ensayo clínico de no inferioridad, prospectivo, randomizado, que compara la eficacia y seguridad de la EAP frente a la RTU. Los pacientes son varones mayores de 60 años que firman el consentimiento informado y que cumplen los criterios de inclusión/exclusión, con diagnóstico de HBP con síntomas del tracto urinario inferior refractarios a tratamiento médico durante 6 meses. Un total de 80 pacientes fueron seleccionados para el estudio, de los cuales 29 fueron asignados al grupo de EAP y 30 al grupo de RTU. Se recogen datos de flujo máximo por uroflujometría (Q_{max}), IPSS (puntuación internacional de los síntomas prostáticos), calidad de vida (QoL), IIEF (índice internacional de función eréctil), volumen prostático (medido por ecografía) y PSA, a los 3, 6 y 12 meses. Se registran los efectos adversos y las complicaciones de ambas técnicas. Se recogen asimismo cuestionarios de dolor y satisfacción.

RESULTADOS:

Ambos grupos fueron comparables, y el éxito técnico de la EAP y la RTU fue del 100 %. Los resultados a los 6 meses muestran mejoría en Q_{max} , IPSS, IIEF, volumen prostático y PSA en ambos grupos. La EAP obtiene mejores resultados que la RTU en IPSS (4,1 vs. 10,1) y Q_{max} (14,6 vs. 11,8), y peores en volumen prostático (44,2 vs. 24,4) y PSA (2,2 vs. 1,3). Los resultados de QoL (1,1 vs. 1,2) e IIEF (7,5 vs. 4,1) son similares. En 7 de los 9 pacientes (78 %) en retención urinaria, la sonda pudo ser retirada en un máximo de cuatro semanas tras la EAP. El grupo de la EAP mostró mayor grado de satisfacción y menos dolor tras la intervención. Hubo una complicación mayor tras EAP (placa isquémica rectal solucionada mediante tratamiento conservador) y otra tras RTU (estenosis uretral solucionada mediante uretrotomía).

CONCLUSIÓN:

La EAP y la RTU demostraron ser técnicas seguras y eficaces en el tratamiento de la HBP. Aunque el tiempo de seguimiento es limitado, la EAP presenta mejores resultados clínicos y urodinámicos, y por tanto es un tratamiento alternativo a la RTU.



Órgano oficial de SIDI y SERVEI



Canulación *premortem* del donante de órganos en asistolia controlada: la radiología intervencionista una opción con calidad

Maynar J^a, López-Zárraga F^a, Pampin E^a, Bastida R^a, Fonseca F^b, Vinuesa C^b, Manzano A^b, Salinas A^b, Corral E^b

^a Sección de Radiología Intervencionista. Hospital Universitario Araba. Vitoria-Gasteiz. España

^b Coordinación de trasplantes. Hospital Universitario Araba. Vitoria-Gasteiz. España

OBJETIVOS:

Presentar la experiencia del centro pionero en España en donación de órganos en asistolia controlada (DAC)¹.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Revisión de base de datos prospectiva de todos los DAC del hospital. Descripción de variantes técnicas. Análisis de resultados de perfusión y de evolución de órganos. Datos expresados como mediana y rango o media y desviación estándar. Técnica doble balón² introductor 20 F arteria femoral común (AFC) para catéter aórtico doble balón Porges². Drenaje venoso con Foley en vena cava. Técnica ECMO: cánulas específicas en aorta y cava. Sellado de aorta torácica con balón de 12 F. Heparinización sistémica y sedación.

RESULTADOS:

Desde mayo de 2010 nuestra sección ha realizado 25 canulaciones para DAC; 54 % mujeres; años 60,5 (R 42-79). Catéter Porges 12 y cánulas ECMO 13. Sellado aórtico Porges: abdomen 8 mL ±1,5; tórax 13 mL ±3. Sellado para circuito ECMO 15 mL ±1,5. Cánulas ECMO arteriales 21 (9) y 19 F (4). Drenaje venoso con Foley del 16 french (F) en vena cava infra-renal a través de introductor de 18 F (10) o cánula venosa de 23 F (14). Marcas en piel 39 ± 3,5 cm. Tres casos (11,5 %) con eje patológico, 2 ATP y 1 cambio de eje. Una disección de aorta. El 80 % de las extremidades quedaron isquémicas. Perfusiones eficaces: 100 %. Una trombosis en relación con trombosis venosa asociada a catéter de hipotermia precisó urokinasa. De 48 riñones: 96 % bien perfundidos (2 por síndrome compartimental). Extraídos 91 % (2 síndrome compartimental, 4 contraindicación médica). Implantados 76 % (10 por arteriosclerosis). De los implantados, 85 % buena función a largo plazo. Cinco no: 1 disfunción precoz, 1 disfunción tardía, 1 linfoma y 2 rechazos. De 13 hígados: 100 % bien perfundidos. No extraídos 2: morfología y litiasis. Implantados 100 % de extraídos. Complicaciones biliares 0 %. Buena función 100 %.

CONCLUSIÓN:

En nuestra experiencia la canulación por radiología intervencionista para DAC es una alternativa válida con tasas altas de canulación exitosa, de perfusión eficaz y de viabilidad de los órganos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Corral E, Maynar J, Saralegui I, Manzano A. Donantes a corazón parado tipo III de Maastricht: una opción real. Med Intensiva. 2011; 35:59-60
2. Matesanz R, Coll E, Dominguez-Gil B, Perojo L. Documento de consenso de la ONT sobre donación en asistolia. Disponible en:

[http://www.ont.es/infesp/DocumentosDeConsenso/DONACIÓN EN ASISTOLIA EN ESPAÑA. SITUACIÓN ACTUAL Y RECOMENDACIONES.pdf](http://www.ont.es/infesp/DocumentosDeConsenso/DONACION%20EN%20ASISTOLIA%20EN%20ESPAÑA.%20SITUACION%20ACTUAL%20Y%20RECOMENDACIONES.pdf). (Acceso: 1 Feb 2017)

www.revistaintervencionismo.com Órgano oficial de SIDI y SERVEI

inter
vencionismo

/// watson
editorial

SIDI

servei

Intervencionismo. 2017;17(2 Supl 1):S44

Uso de prótesis biliares reabsorbibles en edad pediátrica; nuestra experiencia en el cómo, cuándo y por qué

Dyer-Hartnett S^a, Díez I^a, González C^a, Sempere G^a, Pérez M^a, Segarra A^a

^aHospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. España

OBJETIVOS:

Revisar las indicaciones en nuestro centro para el uso de prótesis biliares reabsorbibles (SX-ELLA) en edad pediátrica. Evaluar la eficacia, seguridad y evolución del uso de SX-ELLA.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Incluimos pacientes pediátricos con estenosis biliar tratados con SX-ELLA, habiendo sido diagnosticados por colangio-RM y tratados previamente mediante bilioplastia con balón, entre los años 2014-2017. Realizamos una valoración retrospectiva descriptiva sobre la enfermedad de base del paciente y la causa de la estenosis, el motivo de colocación del SX-ELLA y complicaciones inmediatas, así como valoración evolutiva de la resolución de la estenosis mediante parámetros analíticos, clínicos y radiológicos.

RESULTADOS:

Se incluyeron 11 pacientes: 6 femenino, 5 masculino; edad media 6,2 años (rango 1-15). Localización de la estenosis: 82 % anastomosis del injerto hepático (89 % bilio-entérica, 11 % colédoco-coledocal), 9 % compresión extrínseca del colédoco, 9 % variantes anatómicas de la vía biliar extrahepática. Tiempo medio desde el diagnóstico de la estenosis hasta la colocación de SX-ELLA: 3,4 meses. Motivo de colocación de SX-ELLA: recidiva de estenosis tras bilioplastia (64 %), estenosis resistente al tratamiento (36 %). Media de dilataciones biliares realizadas previo a colocación de *stent*: 1,1 (0-2). No se observaron complicaciones inmediatas. Tiempo de seguimiento medio hasta envío del abstract: 10,9 meses (1-25). Resolución clínica (91 %), analítica (45 %) y radiológica (55 %). Ningún paciente ha requerido reintervención hasta el momento actual.

CONCLUSIÓN:

Las prótesis biodegradables son un tratamiento seguro y con buenos resultados clínicos de la estenosis biliar en la edad pediátrica, evitando la reintervención quirúrgica. Existe una disociación clínico-radiológica y analítica que requerirá mayor seguimiento para realizar una valoración adecuada.