

Absceso prostático

María Fernanda Beltrán, Jorge Guzmán

Idime. Bucaramanga. Colombia

RESUMEN

Presentar un caso clínico de absceso prostático donde se demuestro la utilidad del drenaje transrectal en su manejo.

El absceso prostático es una entidad poco frecuente en nuestro medio debido al amplio empleo del uso de anti-bióticos, adicionalmente. La diferenciación entre la prostatitis y un absceso es de difícil diagnóstico, y a menudo son el resultado de prostatitis bacterianas aguda tratadas inadecuadamente, tiene una incidencia mayor en grupo de pacientes con diabetes mellitus y pacientes inmunosuprimidos, los gérmenes que con mayor frecuencia se aíslan son e-coli en primer lugar seguido de pseudomonas, enterococcus, su localización más frecuentemente es en la zona periférica de la próstata, el diagnóstico debe ser presuntivo y la ecografía transrectal el método de elección para el diagnóstico definitivo, el tratamiento consiste en manejo medico con antibioticoterapia y el drenaje. Nosotros presentamos nuestra experiencia con un caso de drenaje prostático transrectal guiado por ecografía. Presentamos un paciente de 53 años con Diabetes Mellitus, Hipertrofia Prostática Benigna e Hipertensión con prostatitis a repetición previamente tratado con ciprofloxacina ingreso por exacerbación incapacitante de los síntomas del dolor suprapúbica cuyos hallazgos imagenológicos evidenciaron una gran colección pélvica la cual se dreno mediante catéteres insertados bajo visión ecográfica con técnica tandem vía transrectal modificada con recambios coaxiales sobre guía 0,035 x 150 a través de la cánula de biopsia transrectal obteniéndose 45 cc de pus de la colección mayor con mejoría marcada en el término de 24 horas y drenaje continuo a través del dren. Aislándose Staphilosoccus multisensible el cual fue tratado durante 21 días con Oxacilina. El paciente mejoro rápidamente del compromiso inflamatorio en un corto tiempo con disminución del tiempo de hospitalización demostrado por las imágenes mostradas.

El drenaje prostático transrectal (endocavitario) es una técnica útil en el manejo de los abscesos prostáticos disponible y de bajo costo en un gran número de instituciones hospitalarias que permite acelerar la resolución de los abscesos prostáticos.



Órgano oficial de SIDI y SERVEI



Intervencionismo. 2017;17(3 Supl 2):S41

Angioplastia y colocación de *stent* en vena cava inferior

Katherine Gelvez, Jorge Guzmán, Melquisedec Galvis

Idime. Bucaramanga. Colombia

RESUMEN

Demostrar la utilidad de la terapia con angioplastia y colocación de *stent in stent* en un paciente con estenosis crítica de la vena cava inferior.

El síndrome de vena cava inferior se caracteriza frecuentemente con edema bilateral de las extremidades inferiores, edema de los genitales externos y la presencia de una dilatación de la red venosa de la pared abdominal, todos estos síntomas son secundarios al aumento de la presión en el territorio venoso que drena la vena cava inferior. Actualmente el tratamiento de elección para el síndrome de vena cava superior o inferior es la terapia endovascular. Debido a que los *stents* proporcionan una respuesta inmediata, los síntomas se alivian en el plazo de 24-72 horas después del procedimiento. Se seleccionó un paciente de 26 años quien acudió por cuadro clínico de 3 semanas de evolución caracterizado por dolor a nivel de hemiabdomen superior asociado a distensión abdominal, circulación colateral abdominal, sin presencia de fiebre ni sangrados, con deterioro de clase funcional, con antecedentes patológicos de síndrome antifosfolípidos y síndrome de vena cava inferior tratado con *stent* desde dos años previos y warfarina la cual fue suspendida durante los 8 meses anteriores a la consulta. Se le realizó Doppler de vasos abdominales que evidenció estenosis crítica cercana a oclusión de vena cava inferior retrohepática y cavografía con lo cual se hizo el diagnóstico de Síndrome de vena cava inferior con estenosis de borde superior del *stent* desnudo cavo hepático, posteriormente se realiza angioplastia y *stent in stent* en vena cava inferior con éxito angiográfico; disminución total de la circulación colateral abdominal y mejoría significativa de su estado clínico.

El síndrome de vena cava inferior es una enfermedad debilitante e incapacitante que disminuye la capacidad laborar de los pacientes. El alivio del gradiente de presión mediante terapia endovascular mejora la calidad de vida en pacientes por lo general jóvenes.

La técnica de *stent in stent* mejora los resultados inmediatos en la permeabilidad secundaria en el manejo de la estenosis cava dada la alta incidencia de recoil y fallas en el tratamiento solo con angioplastia.

Angiotomografía de baja dosis para la planeación del reparo endovascular del aneurisma aórtico. Experiencia en la clínica Cardio VID de Medellín

Juan Fernando Gómez Hoyos, Juan Gonzalo Muñoz Sierra, Juan Felipe Tangarife Cifuentes, Diego Alfonso Ortega Bolívar, Lina Sierra Sierra, Jorge Cueter Guzmán

Cardio VID. Medellín. Colombia

RESUMEN

La prueba de oro para la planeación del reparo endovascular del aneurisma aórtico continua siendo la angiotomografía. Sin embargo en pacientes enfermedad renal crónica y otras comorbilidades, existe un riesgo importante de nefropatía inducida por el medio de contraste. Se presenta la experiencia utilizando la angiotomografía dirigida por catéter intraarterial en la clínica Cardio VID de Medellín - Colombia.

Se hizo un análisis retrospectivo desde octubre/2015 hasta febrero/2017 de los pacientes que en la clínica Cardio VID, fueron estudiados con angiotomografía dirigida por catéter intraarterial para evaluar la anatomía aortoiliaca y planear el reparo endovascular aórtico. Se evaluó la viabilidad de la implantación del catéter, la calidad de las imágenes obtenidas y la concentración sérica de creatinina antes y después de la inyección de 20 ml de medio de contraste yodado mezclado con 40 ml de SSN 0,9 %.

En el periodo descrito, el estudio se realizó en 10 pacientes (9 hombres y 1 mujer), entre los 60 y los 82 años de edad. Se obtuvo éxito técnico en el 100 % de los pacientes para la implantación del catéter diagnóstico (cola de cerdo 5 Fr x 110 cm), puncionando la arteria radial y bajo guía fluroscópica dejando su extremo distal a la altura de la unión toracoabdominal. Las imágenes se evaluaron por dos radiólogos intervencionistas vasculares y permitieron la planeación del tratamiento en todos los casos. El nivel de creatinina promedio antes de la inyección de medio de contraste fue de 1,53 mg/dl y después de esta fue de 1,46 mg/dl, sin registrar casos de nefropatía inducida por el medio de contraste.

La angiotomografía dirigida por catéter es una herramienta viable y disponible para reducir el riesgo de nefropatía inducida por el medio de contraste en pacientes con enfermedad renal crónica y riesgo de lesión renal aguda. Las imágenes obtenidas permiten la adecuada planeación del reparo endovascular de los aneurismas aórticos.



Órgano oficial de SIDI y SERVEI



Biopsia transternal, una alternativa segura

Beatriz Retamoza, Aleandra Lara

Instituto Nacional de Cancerología. México DF. México

RESUMEN

Describir la utilidad de la biopsia transternal para el acceso a lesiones mediastinales. Identificar las estirpes histológicas más frecuentes en las lesiones del mediastino anterior. Evaluar las posibles complicaciones de la biopsia transternal de mediastino así como la seguridad de la técnica.

Se realizó una revisión retrospectiva de los estudios de imagen así como del expediente clínico de 18 pacientes a quienes se realizó biopsia transternal, en un periodo comprendido desde el 14 de marzo del 2008 al 22 de diciembre del 2015. Se revisó en los 18 casos el reporte histopatológico, encontrando 5 estirpes histológicas en los especímenes obtenidos. El timoma resultó la estirpe celular encontrada con mayor frecuencia, aproximadamente un 44 % de los casos siendo la variedad B2 el 72 % de éstos casos, seguido del Linfoma de tipo centro germinal en 22 % de las muestras obtenidas, en menor cantidad 17 % de los pacientes se reportaron muestras con material de tejidos blandos. Carcinoma epidermoide y tejido tiroideo 11 y 6 % respectivamente. La mortalidad de la biopsia transternal fue del 0 %, se presentó neumotórax en 2 de los casos, los cuales corresponden al 11 % de la población. El 100 % de los procedimientos se realizó de manera ambulatoria, ninguno de los pacientes requirió intervención quirúrgica.

En nuestra revisión de casos hemos encontrado que el abordaje transternal nos ha permitido biopsiar lesiones anteriores de pequeño tamaño con una tasa de éxito cercana al 100 % así como una baja incidencia de complicaciones las cuales podrían catalogarse como menores, dado que no implicaron estancia intrahospitalaria o procedimientos quirúrgicos urgentes.

www.revistaintervencionismo.com Órgano oficial de SIDI y SERVEI

inter
vencionismo

/// watson
editorial

SIDI

servei

Intervencionismo. 2017;17(3 Supl 2):S44

Clasificación actualizada de las endofugas post-EVAR: Trucos y consejos para un adecuado diagnóstico

Luis Cruz, Clara Cruz, Julián Muñoz, Manuel López, Miguel Vega

Universidad CES. Medellín. Colombia

RESUMEN

El objetivo de esta revisión es la presentación de las características imagenológicas de las endofugas post EVAR y TEVAR y como clasificarla adecuadamente mediante algunos trucos y consejos prácticos que permitirán su fácil y rápido reconocimiento.

Se muestra a continuación una revisión de la literatura y exposición de los diferentes tipos de endofugas a través de casos originales e ilustrativos.

El abordaje endovascular para el tratamiento de los aneurismas de la aorta torácica (TEVAR) y abdominal (EVAR) es actualmente una de las principales opciones de manejo en esta condición y por lo tanto inevitablemente ha traído consigo un incremento en el diagnóstico de una de sus principales complicaciones: las endofugas; las cuales representan el flujo de sangre al saco aneurismático. Debido al riesgo de desarrollarlas, la vigilancia imagenológica de los pacientes post TEVAR y EVAR está indicada de por vida.

Ante el posible escenario de encontrarse con esta entidad, el radiólogo debe conocer algunos aspectos de este tipo de terapia, reconocer los tipos de endofugas y cuales requieren de una valoración y corrección por vía angiográfica.



Órgano oficial de SIDI y SERVEI



Construcción, reparación y mantenimiento de simuladores de paciente (Fantomas) de ecografía

Álvaro Ariza, Diana Leal, Diego Alejandro Piñeros Nieto, Sandra Patricia Maldonado

Gnostika. Bogotá. Colombia

RESUMEN

Demostrar la técnica de construcción, reparación y mantenimiento de simuladores de paciente (fantoms) de gelatina.

Se construyeron cuatro fantoms de ecografía utilizando técnica usual con gelatina para la enseñanza de ecografía así como para el entrenamiento en técnicas de intervencionismo guiado por ecografía. Se realizaron varias sesiones de aprendizaje con múltiples alumnos y diversas punciones con diferentes agujas para entrenamiento en aspiración, infiltración y biopsia. Dado el nivel de deterioro por el uso de los fantoms se desarrollaron técnicas no descritas previamente para reparar rupturas y restaurar la integridad de la superficie.

El conocimiento de técnicas de reparación y mantenimiento de fantoms de ecografía fabricados con gelatina permite prolongar la vida útil de estos elementos, los cuales pueden ser reutilizados y aprovechados por tiempo prolongado.

Los fantomas de gelatina son elementos útiles para la instrucción de ecografía y particularmente para la instrucción de técnicas de intervencionismo guiado por ecografía. La reparación de rupturas en fantoms de gelatina es factible y el mantenimiento adecuado de estos elementos permite prolongar su vida útil.

www.revistaintervencionismo.com

inter
vencionismo

/// watson
editorial

Intervencionismo. 2017;17(3 Supl 2):S46

Órgano oficial de SIDI y SERVEI



Diagnóstico y tratamiento de la trombosis venosa de esfuerzo: manejo actual

Daniel Herrera, Karem Cifuentes, Eleuterio Atuesta, Oscar Rivero, Marcos Tarazona

Fundación Santa Fe de Bogotá. Bogotá. Colombia

RESUMEN

Describir la fisiopatología de la trombosis venosa de esfuerzo, sus características clínicas y radiológicas. Revisar las opciones de manejo intervencionista de la trombosis venosa de esfuerzo. Describir con casos demostrativos de nuestra institución el manejo de la trombosis venosa de esfuerzo.

Revisión de la literatura acerca de la fisiopatología, diagnóstico y manejo intervencionista y quirúrgico, con posterior selección y análisis de los casos más representativos obtenidos de la Fundación Santa Fe de Bogotá.

La trombosis venosa de esfuerzo o síndrome de Paget Schroetter es causada por una compresión venosa extrínseca principalmente relacionada con actividades repetitivas de los miembros superiores produciendo una estenosis fibrosa extra e intraluminal en la vena subclavia. Ante la sospecha de esta patología se recomienda iniciar el estudio con ultrasonido Doppler, si no es confirmatorio se debe realizar tac o resonancia magnética; sin embargo, la prueba definitiva será la venografía contrastada con catéter directo, seguido de un manejo quirúrgico para evitar reobstrucciones.

La trombosis venosa de esfuerzo es una condición mecánica extrínseca, por lo cual su manejo definitivo debe ser mediante técnicas intervencionistas y quirúrgicas. La venografía contrastada con catéter directo es la prueba determinante para el diagnóstico de la trombosis venosa de esfuerzo.



Órgano oficial de SIDI y SERVEI



¡El bazo en la cima de los procedimientos intervencionistas!

Sara Jaimes, Camilo Barragán, Oscar Rivero

Fundación Universitaria Santa Fe de Bogotá. Bogotá. Colombia

RESUMEN

La Radiología Intervencionista a través de la historia se ha enfocado en múltiples órganos como el hígado, el sistema genitourinario y el sistema vascular, dejando a un lado el bazo. Sin embargo, en la última década, el bazo ha surgido como nuevo protagonista en estos procedimientos llevando al descubrimiento de métodos alternativos de tratamiento. Hoy en día, los tratamientos para el trauma, el hipersplenismo, el aneurisma de la arteria esplénica y el absceso esplénico se realizan mediante radiología intervencionista. Mediante este trabajo se revisará las indicaciones, contraindicaciones, técnicas y complicaciones de estos procedimientos en comparación con lo realizado en nuestra institución: Fundación Universitaria Santa Fe, Bogotá, Colombia.

Revisar las indicaciones, contraindicaciones, técnicas y complicaciones de la embolización de la arteria esplénica, la embolización parcial del bazo y drenaje de absceso esplénico en comparación con lo que se realizó en nuestra institución: Fundación Universitaria Santa Fe, Bogotá, Colombia.

La embolización de la arteria esplénica, la embolización parcial del bazo y el drenaje de absceso esplénico son tratamientos actualmente aceptados del traumatismo esplénico, hipersplenismo, aneurisma de la arteria esplénica y abscesos; sin embargo, es necesario realizar mayor investigación en este campo.

Los tratamientos intervencionistas del bazo son un tratamiento aceptado para el trauma esplénico, hipersplenismo, aneurisma de la arteria esplénica y abscesos esplénicos; sin embargo, es necesario establecer el papel del radiólogo intervencionista en el manejo de estas enfermedades para prevenir futuras complicaciones y mejorar el tratamiento.

Embolización arterial prequirúrgica de tumores músculo-esqueléticos y de tejidos blandos: Técnica y resultados

Julietta Aristizábal, Marcela Pérez, Pablo Escudero, Jorge Sánchez

Clínica Las Américas. Medellín. Colombia

RESUMEN

1. Dar a conocer una serie de casos de pacientes con tumores músculo-esqueléticos y de tejidos blandos que fueron sometidos a embolización arterial prequirúrgica con el objetivo de reducir el aporte sanguíneo al tumor, disminuir la pérdida de sangre y evitar complicaciones durante la cirugía de extirpación.
2. Describir los materiales, la técnica intervencionista y dar a conocer algunos aspectos claves para evitar complicaciones o fallas en el procedimiento.
3. Revelar los resultados de las intervenciones de la serie de casos y su efecto durante los procedimientos quirúrgicos de escisión de tumores.

La embolización arterial de tumores músculo-esqueléticos y de tejidos blandos es una técnica intervencionista que busca disminuir el sangrado durante la cirugía de extirpación del tumor, pues facilita el trabajo del cirujano y disminuye el número de complicaciones derivadas de la pérdida excesiva de sangre. Además, el adecuado control del sangrado permite la definición más exacta de los planos quirúrgicos y hace posible una escisión completa del tumor, lo cual es importante para evitar recaídas. El objetivo del procedimiento es ocluir el mayor número de capilares que alimentan el tumor, sin comprometer vasos principales que irrigen otras estructuras u órganos vecinos. En todos los casos se realizó arteriografía de control antes y después del procedimiento y se utilizaron micropartículas y/o coils para la embolización. Como resultado, la mayoría de los pacientes presentaron escaso sangrado durante la cirugía y no hubo complicaciones mayores derivadas de la embolización arterial, lo que demuestra la seguridad y efectividad de la técnica intervencionista.

La embolización arterial prequirúrgica de tumores músculo-esqueléticos y de tejidos blandos es un procedimiento de radiología intervencionista que ha demostrado ser seguro y que debe considerarse en el tratamiento de tumores hipervasculares en pacientes con alto riesgo de sangrado o donde se anticipa una cirugía técnicamente difícil, ya sea por las características del paciente, por la localización del tumor o la duración del procedimiento, con el fin de evitar complicaciones y potenciar el éxito de la intervención.



Órgano oficial de SIDI y SERVEI



Embolización prequirúrgica: Una buena amiga del cirujano

Paula Elisa Briseño Bass, Roberto Chávez Pérez, Roberto Chávez Appendini, Víctor Manuel García Gallegos

Hospital San Javier. Guadalajara, Jalisco. México

RESUMEN

Conocer la importancia y ventajas de la embolización intraarterial selectiva y supraselectiva de tumores hipervasculares para la reducción del riesgo de sangrado previo a la cirugía, disminución del dolor y tamaño tumoral. Es importante realizar planeo con angiotomografía, para identificar suministro arterial, drenaje venoso, extensión tumoral y valoración de estructuras vitales en riesgo.

Describimos nuestra experiencia en tumores altamente vascularizados sometidos a embolización de las arterias nutricias con posterior escisión quirúrgica. Los tumores embolizados fueron, sarcoma, neurolimoma, tejido óseo ectópico, entre otros. La valoración preoperatoria en nuestra institución se realizó con angiotomografía y en algunos casos con resonancia magnética. El material utilizado para la exclusión vascular fueron partículas de PVA 300-500 realizando en todos los procedimientos embolización supraselectiva evitando la embolización del tronco arterial principal.

En los pacientes sometidos a embolización llegamos a causar devascularización completa, necrosis, isquemia y/o hipovascularidad tumoral, esto secundariamente reduce su tamaño tumoral, sin embargo el objetivo principal es la reducción del sangrado quirúrgico que evita complicaciones durante la cirugía, además los márgenes tumorales se hacen más claros por el edema perilesional lo que facilita la resección, se recomienda que la cirugía se realice dentro de 24 a 48 horas para evitar la revascularización. Dentro de las complicaciones que podemos encontrar son disección de la arteria femoral, síndrome post-embolización (fiebre, dolor y malestar) descrito del 18-86 %, embolización de vasos no deseados, infección por isquemia. Posterior a la embolización la extirpación quirúrgica de los tumores se logró satisfactoriamente con menor tiempo quirúrgico por la oclusión vascular previa.

La embolización preoperatoria es útil para disminuir la pérdida de sangre perioperatoria, facilitar la escisión tumoral total y disminuir el tiempo quirúrgico. Se recomienda realizar angiotomografía en fase arterial y venosa para la valoración global del tumor, una adecuada planeación para la embolización lo que reduce tiempos de fluoroscopia y provee mejores resultados al tratamiento. No olvidar que los mejores resultados se obtienen con el manejo multidisciplinario.

Fenestración artesanal de prótesis abdominales en México

Juan Antonio Pérez Rodríguez, Heriberto Hernández Fraga,
Astrid Lineth Berdugo Rodríguez

Hospital Central Militar. México DF. México

RESUMEN

Presentar la técnica y manejo de las prótesis fenestradas hechas de forma manual Contribuir en la capacitación del radiólogo intervencionista (RI) en el manejo de pacientes con enfermedad aneurismática aortoiliaca que requieren tratamiento inmediato y que no sean candidatos a procedimientos quirúrgicos. Aportar una alternativa económica de tratamiento en pacientes enfermedad aórtica compleja.

La reparación del aneurisma aórtico abdominal endovascular se ha expandido rápidamente desde su introducción a finales de los años ochenta. Esta técnica se desarrolló para reducir la mortalidad postoperatoria significativa (34 % a 5 %) y eliminar las complicaciones (isquemia medular, isquemia renal y cardiopulmonares) asociadas a cirugía abierta. La experiencia en la reparación endovascular ha crecido notablemente, ampliando su uso a anatomías complejas mediante endoprótesis estándar, fenestradas o ramificadas. Actualmente estos pacientes requieren endoprótesis fenestradas, los costos excesivos de \$13,600 a \$14,400 dólares, tiempo prolongado para su fabricación (de 3 a 4 meses) y anatómicamente complejas, lo cual ha ocasionado implementar fenestraciones manuales para dichas prótesis. Caso clínico. Paciente masculino con disección aórtica DeBakey tipo II y Stanford tipo A, con alto riesgo de mortalidad, tratado inicialmente con endoprótesis en el ostium de la subclavia izquierda, persistiendo la disección hasta la arteria femoral izquierda con riesgo de daño a las arterias viscerales, se reparó mediante una endoprótesis Zenith (Cook Medical) fenestrada de forma artesanal con un *scallop* o ventana en arteria mesentérica superior (AMS), y fenestración en ambas arterias renales (AR), con implante de *stent* en AMS y AR derecha, con evolución postoperatoria de 60 días favorable. Con base a mediciones precisas realizadas en la angiotomografía preoperatoria se determina el cuerpo principal de la prótesis aórtica a fenestrar y después se extrae la prótesis convencional de su sistema de fábrica, luego se reproducen de forma artesanal las fenestraciones y finalmente, mediante una técnica en *corsette* se monta de nuevo en su sistema de entrega y se coloca la endoprótesis de forma habitual en el paciente. Se logró realizar las fenestraciones a medida coincidiendo de forma eficaz sin observar datos de endofuga con seguimiento a un año.

Las endoprótesis fenestradas de forma manual son una alternativa útil, económica y con los mismos resultados para reparar el daño aórtico con preservación de las ramas viscerales, representando una alternativa para pacientes que requieran manejo inmediato.

Image guided percutaneous renal nodules cryoablation: Five years experience and results

Andre Arantes Pereira de Azevedo, Antonio Rahal Junior, Priscila Mina Falsarella, Vithor de Oliveira Carvalho, Gustavo Caserta Lemos, Breno Boueri Affonso, Felipe Nasser, Marcos Roberto de Queiroz, Rodrigo Gobbo Garcia

Hospital Israelita Albert Einstein. São Paulo. Brasil

RESUMEN

Preservation of renal function without compromising the oncologic outcome is an important consideration when treating SRMs. In this context, another treatment option is the tumour ablation, providing local oncological control with the great advantage of renal function preservation, without the need for conventional surgery with its well known higher morbidity. Although this technique is being applied over the last years in some centers, with good results.

We performed a retrospective evaluation of the 5 years experience of Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) in image guided percutaneous renal nodules cryoablation. We evaluated 71 renal tumors in 60 patients treated with percutaneous cryoablation from January 2009 until december 2015. Demographic data, technical aspects, Intraoperative Renal Biopsy, Thermal Protection techniques, Complications, and postoperative follow-up were studied.

Five patients (8.3%) with multiple nodules (>4), 22 patients (36.7%) with previous total or partial nephrectomy, and eight patients (13.3%) with solitary kidneys, one of them with a renal graft. The number of nodules treated ranged from one to four by CA session and in most procedures (91.9%) only one was treated. Their size varied from 0.8 to 4.7 cm, with a median of 1.6 cm. Tumors were treated with a mean of 1.48 cryoprobes. One single cryoprobe was used in the majority of the procedures (66.3%), followed by two and three cryoprobes (37.2% and 6.5%). Intraprocedural biopsy was performed in 38 procedures (53,5%). There was no specific complication or event compromising cryoablation procedure after it. The most common renal lesion was represented by clear cell carcinomas (12-16,9%), followed by papillary renal cell carcinoma (14-19,7%). Benign lesions were present in 13 cases (18.3%). Hydrodissection and retrograde warm pyeloperfusion were performed respectively in 27 (43.5%) and 8 (12.9%) procedures. A major complication occurred in only 1 case (1.6%), represented by acute renal failure (Clavien Dindo 4A). All other acute complications, 17 cases (27.4%), were classified as Clavien Dindo I, as listed; pain (8-12.9%), haematomas (6-9.7%), renal collecting system and bladder blood clots (1-1.6%) and nauseas (1-1.6%). There were two late complications (3.2%), represented by a 25 ml subcapsular renal haematoma and ipsilateral lower limb pain/paresis as well as partial loss of balance in a renal graft cryoablation. Among tumor-related factors evaluated, only distance to renal sinus were significantly associated with major renal cryoablation complications. Between those who were not lost (44 patients), follow-up time ranged from 28 to 2543 days (around seven years) with a median of 647 days (1.8 years). Forty one patients (93.1%) were followed by cross-sectional imaging: MRI (23-53.3%) CT (10-22.7%), or PET-CT (1-2.3%). Three patients (5%) were followed only by US. One patient (2.3%) had local recurrence and 7 (15.9%) had ipsi or contralateral recurrence (distant recurrence).

www.revistaintervencionismo.com Órgano oficial de SIDI y SERVEI

inter
vencionismo

/// watson
editorial

SIDI

servei

Intervencionismo. 2017;17(3 Supl 2):S52

Intervencionismo en el paciente de cuidados paliativos

Camilo Barragán, Sara Jaimes, Vanessa Murad, Juan Gonzalo Vélez, Óscar Rivero, Aníbal Morillo, Nicolás Useche

Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá. Bogotá. Colombia

RESUMEN

En los últimos años el desarrollo de nuevas modalidades diagnósticas y terapéuticas ha permitido a pacientes que en años atrás no tenían opciones de manejo, tengan nuevas alternativas de tratamiento que permiten prolongar un desenlace fatal manteniendo una calidad de vida tolerable hasta que llegue la muerte. El paciente en cuidados paliativos es un paciente particularmente diferente a otro que se maneje en el servicio de urgencias o consulta externa por una condición tratable y curable. Es un paciente en el cual ya no quedan opciones de tratamiento y lo que se desea es mantener un grado de comodidad aceptable hasta que llegue el desenlace fatal. Actualmente, los médicos de cuidados paliativos manejan de manera oportuna este tipo de comorbilidades que se presentan en estos pacientes, sin embargo hay ocasiones en las que necesitan procedimientos adicionales. Es en este escenario donde el radiólogo intervencionista cumple un papel fundamental ya que permite ofrecer al paciente un manejo oportuno y mínimamente invasivo a complicaciones de su enfermedad sin necesidad de ser llevado a un procedimiento mayor que pueda condicionar otras alteraciones a las ya sufridas por el paciente.

Se mostrarán casos del Departamento de Radiología e Imágenes diagnósticas del Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá (HUFSFB) donde se explique el diagnóstico del paciente, la indicación del procedimiento, técnica y materiales utilizados así como el resultado posterior al procedimiento llevado a cabo.

Se espera mostrar la experiencia de procedimientos intervencionistas en paciente de cuidados paliativos del HUFSFB explicando las ventajas que ofrecen y desenlace posterior al procedimiento para demostrar la gran ayuda que puede brindar al radiólogo intervencionista no solo en el tratamiento sino acompañamiento de estos pacientes.

Con este trabajo, se pretende mostrar casos del Departamento de Radiología e Imágenes diagnósticas del HUFSFB realizados en pacientes en cuidado paliativo, explicando el tipo de procedimiento, técnica, materiales e indicaciones para animar a los radiólogos para realizar más de este tipo de procedimientos que beneficiarían a este grupo de pacientes que necesitan una ayuda para hacer más llevaderos sus días.



Órgano oficial de SIDI y SERVEI



Manejo percutáneo del absceso apendicular

Julio Facundo Orosco

Hospital Base San José de Osorno. Osorno. Chile

RESUMEN

Mostrar nuestra experiencia en el manejo miniinvasivo del absceso apendicular, reporte de casos. Respaldo y promover el manejo miniinvasivo. Drenaje percutáneo.

Estudio retrospectivo observacional. Revisión de Historias Clínicas y base de datos. Reporte de casos. Evolución favorable luego del drenaje percutáneo. Menor estadía hospitalaria. Manejo ambulatorio. Rápida inserción laboral.

El manejo mini invasivo a través del drenaje percutáneo es posible con buenos resultados. Es necesario protocolizar. Evaluar indicación de cirugía diferida.

www.revistaintervencionismo.com

inter
vencionismo

/// watson
editorial

Órgano oficial de SIDI y SERVEI

SIDI

servei

Intervencionismo. 2017;17(3 Supl 2):S54

Opción de oclusión intraoperatoria de endofuga tipo I con material de umbilicación (ONIX)

Carlos Andrés Arias Durán, Olivero Vargas Pérez, Ligia Cecilia Mateus Caicedo, Melquisedec Galvis Méndez

Universidad Autónoma de Bucaramanga. Bucaramanga. Colombia

RESUMEN

Describir el manejo de endofuga tipo I mediante oclusión con ONIX, en 2 pacientes manejados con endoprótesis más angioplastia-stent de arterias viscerales.

Exhibición académica en poster digital.

Se obtuvo exclusión completa de las endofugas tipo I en ambos pacientes. La oclusión con material de umbilicación (ONIX) intraoperatoriamente representa una alternativa al tratamiento de endofugas tipo I.



Órgano oficial de SIDI y SERVEI



Pseudoaneurismas postpunción: Diagnóstico y manejo

Luis Alberto Cruz Vásquez, Sebastián Bustamante Zuluaga

Clínica EMMSA. Bello, Antioquia. Colombia

RESUMEN

Realizar una revisión en la literatura médica acerca de los pseudoaneurismas postpunción como complicación de las intervenciones vasculares percutáneas haciendo énfasis en su diagnóstico y manejo; y proponer una clasificación para los mismos que defina su manejo percutáneo vs. quirúrgico.

Se realiza una revisión en la literatura médica acerca de los pseudoaneurismas postpunción y se exponen algunos casos propios mostrando el manejo realizado y los resultados obtenidos.

Una revisión de la literatura médica sobre lo que un radiólogo debería conocer acerca de los pseudoaneurismas postpunción, las claves en el diagnóstico haciendo énfasis en la ecografía y las posibilidades terapéuticas según el contexto clínico del paciente y la causa del pseudoaneurisma. Se exponen casos personales con los resultados terapéuticos obtenidos. Se propone clasificar los pseudoaneurismas postpunción según su tamaño para toma de conductas siendo:

- Tipo I, menores de 2 cm. Manejo percutáneo (embolización con trombina)
- Tipo II, entre 2 y 4 cm
 - A. Cuello estrecho: manejo percutáneo (embolización con trombina)
 - B. Cuello ancho: manejo quirúrgico
- Tipo III, mayores de 4 cm: manejo quirúrgico.

Los pseudoaneurismas postpunción son complicaciones frecuentes en el intervencionismo vascular, especialmente cuando se realizan intervenciones terapéuticas con el uso de heparina e introductores de mayor diámetro, así como también en pacientes con comorbilidades asociadas tales como la edad, hipertensión arterial, enfermedad vascular periférica, entre otras. Por lo anterior es importante conocer cómo realizar el diagnóstico y las posibilidades terapéuticas en el contexto clínico del paciente dependiendo del tamaño y del cuello del pseudoaneurisma. Se propone una clasificación ya que no existe en la literatura médica revisada y facilitará la toma de conductas clínicas con el paciente.

Pulmonary nodules < 2.0 cm: High accuracy and safety in 156 CT-guided biopsies

Rafael Dahmer Rocha, Juliano Ribeiro de Andrade, Antonio Rahal Junior, Priscila Mina Falsarella, Vithor Oliveira Carvalho

Hospital Israelita Albert Einstein. São Paulo. Brasil

RESUMEN

Lung-CT screening has become a reality over the last decade. Small (<2 cm) pulmonary nodules represent a diagnostic challenge among practitioners; however, these stage IA lesions are the best opportunity to perform lung sparing surgical treatment for non-small cell lung cancer (NSCLC) with excellent 5-year survival and low local recurrence. The main options for managing suspicious nodules are to conduct image follow-up with interval CTs, or to perform lung biopsy for histopathological evaluation according to the most recent NCCN guidelines. The purpose was to evaluate the overall diagnostic accuracy of CT-guided percutaneous 20-gauge CNB for small pulmonary nodules and to identify factors that may influence the accuracy.

Retrospective single-center study from 2010 to 2015 of patients submitted to CT-guided percutaneous CNB of small pulmonary nodules (20 mm).

A total of 156 biopsies were performed with an overall diagnostic accuracy of 92.3% (larger lesions were associated with high overall accuracy, while parenchymal haemorrhage during the procedure had lower accuracy rates). Pneumothorax was the most common complication. Discussion. Advances in imaging techniques have allowed for the identification of a large number of small pulmonary nodules. In the present study, we performed CT-guided 20-gauge CNB and our diagnostic accuracy was similar to accuracy reported in the literature that exclusively tested CNB in pulmonary nodules smaller than 20 mm (range: 87%-95%).

CT-guided percutaneous 20-gauge CNB of pulmonary lesions 20 mm yields high overall accuracy. The variables associated with lower accuracy were lesion size and presence of parenchymal haemorrhage.



Órgano oficial de SIDI y SERVEI



RVI en paciente politraumatizado. Manejo no quirúrgico - MNQ

Jaime Gutiérrez Camargo, Ángel Sánchez Guerrero

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España

RESUMEN

1. Interpretar las imágenes del TC bodyâ en el paciente politraumatizado en sus distintas fases (sin y con contraste IV).
2. Valorar las imágenes angiográficas en el paciente politraumatizado.
3. Valorar las distintas técnicas hemostáticas endovasculares en el paciente politraumatizado.
4. Interpretar las imágenes de control post-embolización.

Caso: Mujer de 14 años, traída al servicio de urgencias por caída desde 5 metros de altura precipitada, ingresa inconsciente e hipotensa. AP: ninguno reseñable. Manejo inicial con fluido terapia y aplicación de concentrados de glóbulos rojos. Se realiza TC bodyâ para valoración general. Tiempo transcurrido entre el trauma a realización de TC 35min. En los estudios de TC se observaron múltiples lesiones intraabdominales, entre las que se encontraron lesiones esplénicas (sagrado activo y fractura parenquimatosa), múltiples focos de sangrado hepático intraparenquimatoso, sangrado vesicular y sangrado en la musculatura pélvica izquierda; dichos hallazgos fueron confirmados en el estudio angiográfico. Se inicia entonces el control endovascular de los sangrados.

Objetivos terapéuticos centrales en traumatismos de alta energía, en su orden:

1. Salvar la vida - Salvar el órgano-función - Mantener la estética.
2. Evitar la evolución de paciente hacia la triada de la muerte (acidosis, coagulopatía e hipotermia).
3. Valorar dentro del contexto de la hipotensión de origen hemorrágico, la existencia de procedimientos de manejo no quirúrgico - MNQ, dónde juega un papel preponderante la radiología vascular intervencionista en el control hemodinámico de estos pacientes.

Técnicas hemostáticas aplicadas en este caso:

1. **Bazo:** Embolización definitiva - proximal con *coils* (disminución presión de sangrado, preservando colaterales).
2. **Hígado:** Embolización temporal - difusa con espongotan (sangrados múltiples petequiales).
3. **Vesícula biliar:** Embolización definitiva-proximal con micropartículas de 500 micras (buscando así minimizar la necrosis).
4. **Pelvis:** Embolización definitiva con *coils*. Duración del procedimiento. 60 min. La paciente luego de las distintas embolizaciones "manejo no quirúrgico - MNQ fue llevada a la UCI para continuar su manejo hemodinámico y metabólico reanimación secundaria. Se realizaron controles con TC toracoabdominal en fases arterial y venosa al tercer día post-embolización, sin observarse focos de sangrado activo. En el día 18 post-embolización se realiza control con TC toracoabdominal solo en fase venosa, sin evidencia de sangrados activos y con hematomas residuales intraabdominales en evolución. La vesícula biliar (embolización de arteria cística) con

una pared en el límite alto de la normalidad, pero sin signos de colecistitis clínica. La paciente es dada de alta a los 26 días post-embolización.

1. El tiempo de actuación es fundamental en el resultado terapéutico de estos pacientes.
2. La valoración primaria TC contrastado es esencial para el diagnóstico y manejo.
3. Se considera como objetivo primario en el shock hemorrágico el control de los puntos de sangrado, control de daño.
4. El objetivo del manejo no quirúrgico - MNQ”, es evitar la evolución del paciente hacia al triada de la muerte (acidosis, coagulopatía e hipotermia).
5. El control endovascular de los sangrados, al ser un procedimiento mínimamente invasivo, no aumentaría el riesgo de descompensación metabólica de una cirugía mayor.
6. Tener presente que cada técnica de embolización tiene un objetivo específico.



Órgano oficial de SIDI y SERVEI



Síndrome de Budd-Chiari agudo por trombosis de la cava inferior, una presentación infrecuente y manejo intervencionista

Roger David Medina Ramírez, Juan Manuel Viveros Carreño,
Fabián Enrique Neira Escobar, Oscar Rodrigo Méndez Beltrán,
Jason Javier Sisa Rodríguez

Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. Colombia

RESUMEN

Presentación infrecuente y manejo intervencionista. Describir un caso de síndrome de Budd-Chiari (SBC) diagnosticado en la etapa aguda, secundario a obstrucción de la vena cava inferior intrahepática (VCI) y suprahepáticas (VSH) izquierda e intermedia, con manejo intervencionista colocación de *stent* en la cava y posterior migración del *stent* a la arteria pulmonar.

Se realizó una búsqueda de la literatura en bases de datos, acerca del síndrome, la fisiopatología, clasificación, opciones de tratamiento, posibles complicaciones del manejo intervencionista y el manejo recomendado de las mismas.

Paciente de 55 años con antecedentes ingesta diaria de alcohol hasta la embriaguez desde hace 30 años quien consulta por 5 días de episodios eméticos de contenido alimentario, coluria y dolor abdominal en mesogastrio, intermitente e irradiado a dorso ipsilateral. Al examen físico se encontraba icterica, con signos vitales normales; dolor a la palpación de hipocondrio derecho, hepatomegalia, sin signos de irritación peritoneal. Laboratorios con leucocitosis leve, bilirrubinas con patrón colestásico e hipoalbuminemia. Se realizó ecografía de abdomen que mostró signos de hipertensión portal y cambios difusos de la ecogenicidad hepática. La TC mostraba coágulo que ocluía el 80 % de la luz de la VCI intrahepática y heterogeneidad de la densidad del hígado. Se diagnosticó SBC. Se dio manejo por radiología intervencionista, encontrando en la venografía obstrucción focal en el confluente de las venas suprahepáticas izquierda y media, con drenaje conservado de la vena suprahepática derecha. Se realizó angioplastia y colocación de *stent* en VCI intrahepática con restitución del flujo. Posteriormente se presenta embolismo del *stent* al tronco de la arteria pulmonar evidenciado por angio-TC de tórax (ordenado por sospecha de TEP). Se decidió no realizar más intervenciones, ni para retirar el *stent* (alto riesgo quirúrgico) ni la colocación de uno nuevo (riesgo alto de embolismo). Se continuó manejo anticoagulante pleno. La paciente presentó mejoría progresiva clínica y del perfil hepático, por lo que se dio egreso. El estudio de trombofilia se realizó de manera ambulatoria el cual ha resultado negativo hasta el momento.

El SBC por obstrucción de la VCI es poco frecuente en el mundo occidental. Aunque la cirrosis hepática no se describe como factor de riesgo para el desarrollo de SBC, en el presente caso representa el único identificado, y se ha encontrado que la hepatopatía cirrótica ocasiona un estado protrombótico que pudo ser el factor

causal. A pesar de que la angioplastia con colocación de *stent* es el tratamiento de elección para un importante número de casos, este procedimiento no está exento de complicaciones. El manejo de la migración debe ser cuidadosamente evaluado con base en la evolución clínica, las imágenes diagnósticas, pronóstico y factores independientes para cada caso.



Órgano oficial de SIDI y SERVEI



Técnica de inyección intracavernosa guiada con ecografía en tiempo real para estudios de disfunción eréctil

Álvaro Ariza, Diana Leal

Gnostika. Bogotá. Colombia

RESUMEN

Descripción de una técnica segura para la inyección de fármacos intracavernosos guiada por ecografía, la cual permite la visualización en tiempo real de la inyección de los agentes vasoactivos durante estudio de disfunción eréctil.

Se desarrolló una técnica segura, confiable y reproducible para la inyección de fármacos intracavernosos guiada por ecografía. La técnica de inyección guiada por ecografía se utilizó en 30 estudios de disfunción eréctil realizados en 2016.

Se obtuvo correcta visualización en tiempo real de la inyección de los agentes vasoactivos intracavernosos en la totalidad de los estudios realizados. Esta técnica asegura que la administración de los fármacos sea efectivamente intracavernosa y se eviten lesiones vasculares y administración intraarterial no-deseada.

La inyección intracavernosa del agente vasoactivo para estudios de disfunción eréctil debe realizarse guiada en tiempo real con ecografía. Dada la naturaleza del estudio de disfunción eréctil se evita la necesidad de terceras personas, preservando la intimidad del paciente con la participación únicamente del radiólogo. La observación en tiempo real es más segura pues evita la administración extracavernosa, las lesiones vasculares y las inyecciones intra-arteriales indeseadas.

www.revistaintervencionismo.com

inter
vencionismo

/// watson
editorial

Intervencionismo. 2017;17(3 Supl 2):S62

Órgano oficial de SIDI y SERVEI



Tecnología liberadora de medicamento en intervencionismo vascular periférico: *stents* y balones medicados, llegaron para quedarse

Luis Cruz, Clara Cruz, Miguel Vega, Julián Muñoz, Manuel López

Universidad CES. Medellín. Colombia

RESUMEN

Con el devenir continuo de las estrategias terapéuticas y las cada vez más novedosas herramientas mínimamente invasivas en aras de mejorar el cuidado, resultado terapéutico y la emergencia en la tecnología para tratar las diversas patologías, se hace necesaria la correcta elección de la misma a la hora de definir el dispositivo a utilizar. El objetivo de esta exposición educativa es la descripción de los dos tipos de tecnología liberadora de medicamento (*stent* y balón medicado) demostrando su permeabilidad de acuerdo a sus estudios y seguimiento a uno, dos, tres y cinco años con los *stents* medicados Zilver PTX (COOK) y Eluvia (Boston Scientific); y los balones medicados Impact (Medtronic), Ranger (Boston Scientific) y Lutonix (BARD).

Estudios de seguimiento que evalúan la permeabilidad de los *stents* y balones medicados anteriormente expuestos. Los resultados demostrando el aumento de la permeabilidad y el aumento del tiempo libre de reintervención del vaso versus los resultados de las tecnologías actuales, demuestran que la era de la liberación de medicamento en intervencionismo vascular periférico llegó para quedarse. Demostrar que los dispositivos liberadores de medicamento (balones de angioplastia y *stents*) son mejores que las tecnologías actualmente utilizadas.



Órgano oficial de SIDI y SERVEI



Through and through biliar

María Del Mar Mora, Jorge Guzmán

IDIME. Bucaramanga. Colombia

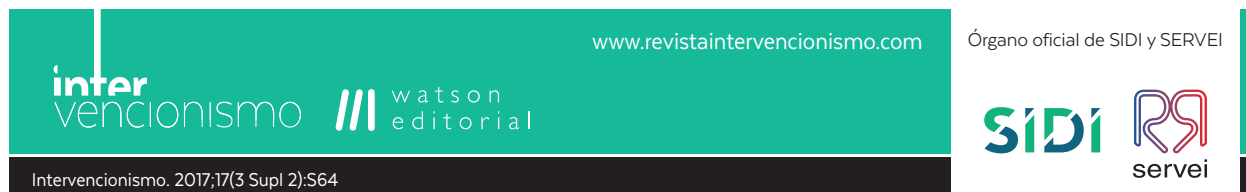
RESUMEN

Mejorar la permanencia ortotópica de los catéteres de derivación biliar externa en hígados pequeños.

Se seleccionaron 2 casos del servicio de radiología intervencionista de enero del 2017, el primer caso se trata de una paciente con derivación biliar externa en quien no se logró alcanzar el duodeno por gran compromiso tumoral, además con hígado de pequeño tamaño por tratarse de una paciente de contextura pequeña en donde el desalojo del catéter era repetitivo. El otro caso es una paciente con derivación biliar externa interna externa derecha y externa izquierda con tumor de crecimiento en dirección al conducto sectorial izquierdo aislándolo y ocasionando la salida repetitiva del catéter izquierdo. en ambos casos se realiza punción en el contorno más lateral del sectorial izquierdo bajo visión ecográfica con técnica de Seldinger utilizando set AccuStick a través del conducto sectorial izquierdo intercambio por guía hidrofílica en el primer caso se avanza a través del tracto maduro derecho lográndose *through and through* desde el epigastrio hasta el hipocondrio derecho con un catéter para evitar su migración accidental, en el otro caso se realiza *through and through* en el sectorial izquierdo.

Con la técnica utilizada se evitó la salida accidental del catéter sin embargo se evidenció un mayor número de filtraciones lo cual puede mejorarse con la fabricación de catéteres dedicados. Los pacientes mejoraron la calidad de vida al disminuir el número de traslados para asistencia médica.

Proponemos la técnica *through and through* biliar en aquellos casos en que la zona de alojamiento de la punta del catéter sea la causante de un mayor riesgo de desalojo.



Tratamiento endovascular por radiofrecuencia de úlcera varicosa guiado por ultrasonido. 2017

Mauricio Álvarez Tenjo, Oscar Rincón, Carlos Romero Torres

Hospital Universitario de La Samaritana. Bogotá. Colombia

RESUMEN

Demostrar que la ablación endovenosa con radio-frecuencia de la ulcera varicosa es un tratamiento alternativo mínimamente invasivo con el cual se obtienen resultados a corto plazo.

Equipo de radiofrecuencia. Se requiere de un equipo generador de radiofrecuencia (equipo de alta frecuencia, bipolar para suministro de energía de radiofrecuencia en forma controlada y un catéter bipolar. Nuestra experiencia se basa en la utilización del catéter CLOSURE FAST (Covidien, Mansfield, Massachusetts, USA). Este catéter tiene un segmento terapéutico distal de 7 cm que posee una termo cúpula que censa dentro del vaso la temperatura, esto asegura el mantenimiento de la misma entre 95 y 120 grados centígrados, utilizando la mínima potencia necesaria (entre 15 y 40 W).

A partir del 2000 hay trabajos científicos que demuestran que la RFA es un método seguro y efectivo para abolir el reflujo de la vena safena, entre los que se destacan: El estudio multicéntrico publicado por Merchant *et al.* en el que se reporta completa mejoría de la insuficiencia de la vena safena mayor con RFA (entre 90 y 100 %) de los casos, haciendo seguimientos entre tres meses y cuatro años. La RFA iguala en eficacia a la cirugía convencional pero además es claramente superior en términos de menor dolor posoperatorio mejor calidad de vida y más rápida recuperación. La efectividad alcanzada por RFA alcanza el 93 % de venas cerradas cuando se hizo seguimiento a los 3 años. Se notó menos dolor severo y pocas complicaciones en pacientes tratados con RFA que con láser. La RFA es un procedimiento seguro y efectivo para el tratamiento de las venas varices.

Desde marzo de 2013 hasta junio de 2016 hemos realizado en 75 pacientes, 152 procedimientos (114 safenas mayores sin ulcera, 9 safenas mayores con ulcera, y 29 safenas menores sin ulcera con resultados satisfactorios. Se observó excelente respuesta de las úlceras varicosas después del tratamiento con RF. Como anécdota comentamos que en el primer paciente el tiempo de duración del procedimiento fue de 4 horas para una safena mayor, ahora en promedio para la misma safena el tiempo es de una hora aproximadamente.

Conclusion: La introducción de procedimientos endovenosos mínimamente invasivos en estos tiempos, ha estimulado el interés en las enfermedades venosas. Hoy la RFA es una técnica altamente segura y efectiva para el manejo de las venas varicosas ya que va asociado con una alta tasa de éxito y alto grado de satisfacción por parte de los pacientes. Ha demostrado su superioridad sobre la cirugía convencional con un nivel 1 de evidencia científica. Adicionalmente es menos dolorosa y ofrece mejor calidad de vida que el endolaser.



Órgano oficial de SIDI y SERVEI



Trombolisis farmacológica aislada y trombolisis acelerada por ultrasonido en el tratamiento de la trombosis arterial aguda

Juan Antonio Pérez Rodríguez, Ivette Ortiz Murcio, Astrid Lineth Berdugo Rodríguez

Hospital Central Militar. México DF. México

RESUMEN

Presentar dos casos de trombosis arterial aguda (TAA) tratados mediante trombolisis farmacológica aislada y acelerada por ultrasonidos.

La trombosis arterial aguda de las extremidades inferiores constituye una emergencia que pone en riesgo la vida del paciente. Los métodos de tratamiento endovascular han sido mejorados, siendo uno de ellos la trombolisis. Se ha reportado en la literatura las altas probabilidades de éxito y menores complicaciones del intervencionismo percutáneo comparado con la trombectomía quirúrgica, disminuyendo los costos intrahospitalarios. Estudio observacional retrospectivo de dos casos de trombosis arterial aguda. En el primer caso, una paciente de 75 años, con TAA de extremidad inferior izquierda (EII) Rutherford IIa con 8 horas de evolución en quien se realizó revascularización con angioplastia, *stenting* y trombolisis farmacológica acelerada por ultrasonidos durante 8 horas (alteplase a 0,5 mg/hora) en la arteria femoral superficial (AFS). En la arteriografía de control se observó adecuado paso del medio de contraste. En otro caso, un paciente de 47 años presentó TAA de EII Rutherford I con evolución de 3 semanas; se realizó angioplastia, *stenting* y trombolisis farmacológica aislada durante 24 horas (alteplase 12 mg) en la AFS. En la arteriografía de control se observó adecuado paso del medio de contraste.

En ambos casos de TAA se observó la revascularización adecuada de las arterias afectadas posterior al tratamiento con angioplastia, *stenting* y trombolisis mediante los protocolos de infusión aislada e infusión acelerada.

Se logró revascularizar las arterias trombosadas sin observarse complicaciones asociadas. La trombolisis farmacológica aislada comparada con la acelerada por ultrasonidos, resultó considerablemente más económica, además de ser la más difundida y con evidencia que respalda su utilidad. También se observó en el caso de la trombolisis acelerada por ultrasonidos disminución en el tiempo de infusión (24 horas versus 8 horas) y disminución en la dosis de alteplase (12 mg versus 4 mg).

www.revistaintervencionismo.com Órgano oficial de SIDI y SERVEI

inter
vencionismo

/// watson
editorial

SIDI

servei

Intervencionismo. 2017;17(3 Supl 2):S66

Una causa inusual de hemoptisis: Aneurisma bronquial

Ernesto David Afanador García, Paula Parra Ramírez, Fausto López Martínez,
Juan Pablo Gibbs Robles, Santiago Méndez Alonso

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. España

RESUMEN

Reconocer los factores de riesgos frecuentes e infrecuentes en los aneurismas bronquiales. Recordar y afianzar la clasificación y los síntomas asociados a los aneurismas bronquiales. Identificar cuándo es necesario tratar un aneurisma bronquial.

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.

En arteriografía diagnóstica se identifica aneurisma mediastinal de la arteria bronquial derecha de 15,3 mm de diámetro mayor. Se aboca catéter cobra 1, 5 Fr, al origen de la arteria bronquial y cateterizamos supra selectivamente con microcatéter Progreat 2.7 Fr, a través del mismo se sueltan 8 coils deliberación controlada, en los controles posteriores observamos que aún persiste pasaje de contraste a través de la arteria bronquial por tanto se decide colocar onyx para un sellado definitivo del aneurisma. En TC de control a los 3 meses, persiste sin pasaje de contraste ni llenado el aneurisma bronquial.

El aneurisma bronquial es una patología de baja incidencia, poco estudiada y alta mortalidad. Se asocia a factores de riesgo tales como infecciones repetitivas, enfermedades congénitas y traumas, en raras ocasiones a tratamiento con radioterapia en territorios pulmonares. Debido a su alta mortalidad los AB siempre deben ser tratados y depende su ubicación van a presentar signos y síntomas diferentes, que suelen confundirse con patología aórtica o pulmonar.