

Casos clínicos

Bypass aortobifemoral asistido laparoscópicamente con un sistema robótico daVinci: caso clínico

B.D. Martínez¹, P.M. George², A. Ameer³,
A.M. Gerhardinger¹, J.T. Moses¹ y J.M. Hansen¹, Toledo,
Ohio, Estados Unidos

¹Minimally Invasive Vascular Surgery Department, St. Vincent Mercy Medical Center, Toledo, OH, EE. UU. ²Department of General Surgery, Osteopathic General Surgery Residency, St. Vincent Mercy Medical Center, Toledo, OH, EE. UU. ³Department of General Surgery, General Surgery Residency, University of Toledo Medical Center, Toledo, OH, EE. UU.

Describimos el primer ejemplo conocido de implantación de un injerto aortobifemoral utilizando el sistema robótico completo daVinci Surgical System y un método exclusivo de implantación del injerto con el dispositivo Endo-Vein Harvester.

DOI: 10.1016/j.acvsp.2008.04.033

DOI of original article: 10.1016/j.avsg.2008.02.019.

Tratamiento endovascular de la lesión yatrógena de la arteria iliaca en cirugía discal: descripción de un caso

Ching-Yang Wu¹, Yen-Ni Hung², Yun-Hen Liu¹ y
Po-Jen Ko¹, TaoYuan, Taiwán

¹Division of Thoracic and Cardiovascular Surgery, Chang-Gung Memorial Hospital, Chang-Gung University, TaoYuan, Taiwán. ²Institution of Public Health, National Yang-Ming University, Taipéi, Taiwán.

La lesión de vasos de gran calibre (aorta o vasos ilíacos) es una complicación excepcional aunque catastrófica de la cirugía raquídea. Es esencial un diagnóstico inmediato para tratar eficazmente estas lesiones. Una mujer de 56 años de edad experimentó una lesión yatrógena de la arteria iliaca durante la discectomía lumbar, que se trató satisfactoriamente mediante implantación percutánea de un *stent* autoexpandible en un contexto urgente en el área de angiografía. La angiografía efectuada después del procedimiento demostró la exclusión completa del pseudoaneurisma sin fuga del agente de contraste. Se sugiere el tratamiento endovascular como alternativa al tratamiento quirúrgico abierto de las lesiones yatrógenas

de los grandes vasos, en particular en situaciones críticas.

DOI: 10.1016/j.acvsp.2008.02.003

DOI of original article: 10.1016/j.avsg.2008.02.019.

Fístula aortoentérica originada como complicación del tratamiento endovascular de un aneurisma aórtico abdominal

L. Riera del Moral, S. Fernández Alonso,
S. Stefanov Kiuri, D. Fernández Caballero,
A. Fernández Heredero, M. Gutiérrez Nistal,
I. Leblic Ramírez, C. Mendieta Azcona, L. Sáez Martín y
L. Riera de Cubas, Madrid, España

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

Las estimaciones de la incidencia de fístula aortoentérica como secuela de cirugía de la aorta varían del 1 al 2%.

Esta complicación es menos frecuente en pacientes sometidos a la implantación de una endoprótesis aórtica por aneurisma aortoiliaco. Presentamos tres casos de fístula aortoentérica que complicó el tratamiento endovascular de un aneurisma aórtico abdominal endovascular (3/423 pacientes, 0,7% de nuestra serie).

DOI: 10.1016/j.acvsp.2008.02.004

DOI of original article: 10.1016/j.avsg.2008.02.019.

Ligadura robótica total de la arteria mesentérica inferior para una endofuga de tipo II después de tratamiento endovascular de un aneurisma

Judith C. Lin¹, Daniel Eun², Alok Shrivastava²,
Alexander D. Shepard¹ y Daniel J. Reddy¹, Detroit,
Míchigan, Estados Unidos

¹Division of Vascular Surgery, Department of Surgery, Henry Ford Hospital, Detroit, MI, EE. UU. ²Vattikuti Urology Institute, Henry Ford Hospital, Detroit, MI, EE. UU.

Presentamos un caso de ligadura íntegramente robótica de la arteria mesentérica inferior (AMI) para el tratamiento de una endofuga persistente procedente de dicha arteria en el saco aneurismático tras tratamiento endovascular del aneurisma (TEVA). Un hombre de 84 años de edad se sometió a TEVA con una endoprótesis Gore Excluder por un aneurisma aórtico abdominal infrarenal asintomático. El seguimiento con una tomografía computarizada (TC) demostró la persistencia de una endofuga de tipo II a partir de la AMI, con un aumento de tamaño progresivo del saco aneurismático desde 5 a 6,1 cm durante un período de 18 meses. En el presente caso, el paciente se sometió a la ligadura de la arteria por medio del sistema da Vinci Surgical System para el tratamiento del flujo retrógrado en el saco aneurismático. El tiempo quirúrgico total fue de 249 min; de éste, el tiempo de asistencia robótica fue de alrededor de 180 min. No se produjeron complicaciones intraoperatorias. La pérdida hemática estimada fue de 50 ml y la diuresis, de 650 ml. El paciente fue extubado de inmediato tras el procedimiento y toleró una alimentación normal al día siguiente. En el segundo día postoperatorio fue dado de alta a su domicilio aunque sondado. La TC efectuada en el postoperatorio y a los 3 meses de seguimiento demostró la oclusión de la AMI y la estabilización del tamaño del saco aneurismático.

DOI: 10.1016/j.acvsp.2008.02.005

DOI of original article: 10.1016/j.avsg.2008.02.019.

Peliosis esplénica y síndrome vascular de Ehlers-Danlos concurrente: caso clínico

Arianne C. van Bon¹, Jón O. Kristinsson¹, J.H.J.M. van Krieken² y Geert J. Wanten¹, Nijmegen, Holanda

¹Department of Gastroenterology and Hepatology, Radboud University Medical Center, Nijmegen, Holanda. ²Department of Pathology, Radboud University Medical Center, Nijmegen, Holanda.

En el presente caso clínico se describe una peliosis esplénica y un síndrome vascular de Ehlers-Danlos (SED) concurrentes en un paciente de 59 años de edad. Tras la rotura esplénica debida a la peliosis, el período postoperatorio complicado sugirió la posibilidad de un SED vascular. Este diagnóstico se confirmó con los exámenes genéticos, que revelaron una nueva mutación puntual en el gen *COL3A1*, c.2545G → C, que daba lugar a un codón que codificaba para la arginina en lugar de glicina (p.Gly849Arg). Además, pudo establecerse un diagnóstico histológico de peliosis esplénica.

DOI: 10.1016/j.acvsp.2008.02.006

DOI of original article: 10.1016/j.avsg.2008.02.019.

Cierre mediante dispositivo percutáneo de perforación accidental de la arteria carótida

Bernardo Massière, Arno von Ristow, José Mussa Cury, Marcus Gress, Alberto Vescovi, Cleoni Pedron, Antônio Luiz Medina, Marcos Areas Masques, Paulo Roberto Silveira y Salim Jeha,

Department of Vascular Surgery, Pontificia Universidade Católica do Rio de Janeiro y CENTERVASC-RIO, Rio de Janeiro, Brasil.

El tratamiento quirúrgico de las lesiones traumáticas del cuello en los pacientes con una anatomía difícil está asociado con un riesgo elevado de complicaciones debido al desafío técnico y a los procesos clínicos asociados. Se describe el uso de un dispositivo de cierre percutáneo para la retirada de un introductor 7,5 Fr, implantado de forma inadvertida en la arteria carótida. El introductor situado en la carótida común derecha se retiró tras introducir una guía de 0,035 pulgadas; posteriormente se introdujo el dispositivo Angioseal 8 Fr sobre la guía sellando de forma satisfactoria la zona perforada. Un eco-Doppler de control mostró la permeabilidad de las carótidas, el sellado de la perforación, y el flujo adecuado en la vena yugular y las arterias carótidas. Esta maniobra permitió colocar de forma segura un dispositivo arterial percutáneo (Angioseal) para cerrar el lugar perforado.

DOI: 10.1016/j.acvsp.2008.06.016

DOI of original article: 10.1016/j.avsg.2008.02.019.

Tratamiento percutáneo de una fístula reno-cava a insuficiencia cardíaca por hiperflujo

Handel Robinson¹, Joseph Shams¹, Jeffrey Kirk¹, Nicole Sorrentino² y Jonathan Deitch¹

¹Department of Vascular Surgery, Beth Israel Medical Center, Nueva York, NY, EE. UU. ²Department of Interventional Radiology, Beth Israel Medical Center, Nueva York, NY, EE. UU.

Un hombre de 67 años en diálisis acudió al servicio de cardiología con empeoramiento de la insuficiencia cardíaca con gasto elevado y durante el examen se apreció un soplo abdominal severo del lado derecho. Había sido sometido a varias laparotomías en relación a un apuñalamiento ocurrido 7 años antes. Una tomografía computarizada reveló pseudoaneurismas en la arteria renal derecha con una fístula a vena cava. Una embolización percutánea satisfactoria con *coil* y adhesión con cianoacrilato permitieron que la fístula cerrase sin que se produjese infarto renal. Los síntomas de insuficiencia cardíaca se resolvieron en última instancia con el