

## ANEXO 1: FORMULARIO "CASE REPORT"

### Título:

Tratamiento endovascular por acceso radial tras una infección protésica, una alternativa interesante.

### Introducción:

Presentamos el caso de una oclusión iliaca de muy larga evolución, tratada con un bypass extraanatómico, que tras infección y oclusión ha de explantarse. Cada vez más a nivel de accesos de miembros superiores se hace uso del acceso radial para procedimientos iliacos o de vasos viscerales. Permite con un mínimo gesto conseguir un acceso rápido, fiable y que permite hasta la introducción de introductores de 6F y con ello la introducción de un amplio abanico de dispositivos para el tratamiento necesario (angioplastia, stent, embolización, ...). Tal y como indican otros autores<sup>1,2</sup>, este acceso nos permite una pronta recuperación y en caso de patología isquémica, nos permite un buen acceso al sector iliaco para recanalizaciones complejas.

1. Lorenzoni, R., Lisi, C., Lorenzoni, G., Tessandori, L. & Bovenzi, F. Endovascular treatment of iliac and common femoral arteries disease by the transradial access: A prospective, feasibility study. *Cardiovasc Revascularization Medicine* 19, 314–318 (2018).
2. Hanna, E. B., Mogabgab, O. N. & Baydoun, H. Combined Radial and Femoral Access Strategy and Radial-Femoral Rendezvous in Patients With Long and Complex Iliac Occlusions. *Vasc Endovasc Surg* 52, 448–454 (2018).

### Descripción del caso:

Paciente varón de nacionalidad española de 74 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, fibrilación auricular crónica en tratamiento con sintrom, insuficiencia renal estadio 3B, pielonefritis de repetición, síndrome de apnea obstructiva del sueño en tratamiento con CPAP nocturna y con los siguientes antecedentes quirúrgicos:

- Cistectomía radical por carcinoma urotelial, reconstrucción de neovejiga y quimioterapia por enfermedad pulmonar secundaria en 2007.
- Bypass femorofemoral en 2009 con dacron de 7 mm por oclusión iliaca izquierda y claudicación invalidante.

Tras el bypass el paciente presentó una dehiscencia inguinal que requirió curas tópicas prolongadas en el tiempo con buena evolución posterior. En 2018 se realiza una gammagrafía con leucocitos marcados que da como resultado la infección crónica de la prótesis y diagnosticado por hemocultivo de bacteriemia por *corynebacterium striatum* (secundario posiblemente a infecciones urinarias de repetición) y tratado con minociclina (100 mgr cada 12 horas) que tuvo que dejar por efectos secundarios. Finalmente, a los 11 años de la cirugía y al año del diagnóstico de infección de la prótesis, el paciente acude a urgencias con clínica general y claudicación gemelar izquierda a cortas distancias, por lo que se decide explantar la prótesis.

Tras la cirugía el paciente presenta mejoría del estado general y es mantenido con antibiótico (piperacilina-tazobactam) durante 4 semanas y es dado de alta hospitalaria sin signos de isquemia crítica.

Tras el explante del bypass femorofemoral infectado el paciente presentó una claudicación invalidante a cortas distancias (menos de 30 metros). Se mantuvo e intensificó el tratamiento médico mediante cilostazol, antiagregación y estatinas, pero no se consiguió la mejoría y el paciente continuaba muy invalidado. Dadas las múltiples cirugías y el antecedente reciente de infección se decidió en sesión clínica la revascularización endovascular.

- Métodos de diagnóstico y diagnóstico:

Inicialmente se realizó un ecodoppler que mostraba una femoral superficial y femoral profunda permeables, con curvas monofásicas de baja amplitud. Además, se disponía de un AngioTAC, que, si bien mostraba un pequeño muñón de iliaca común izquierdo permeable, no permitía una correcta valoración del eje iliaco por una severa calcificación circunferencial del vaso.

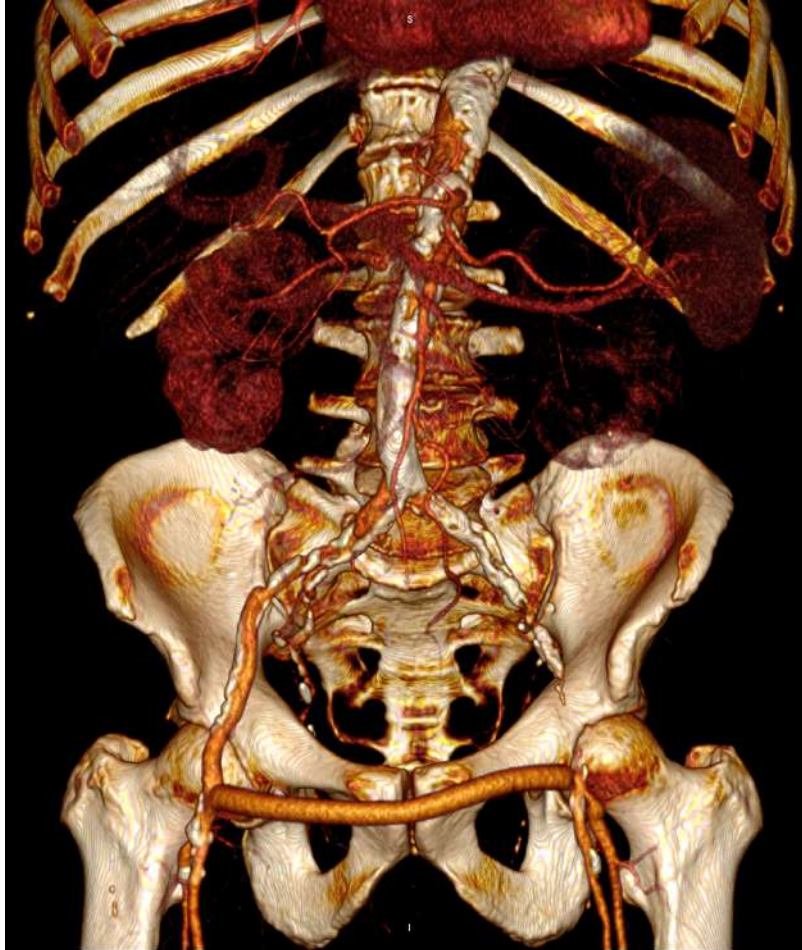


Imagen de AngioTC de 2016, que muestra oclusión crónica de iliaca externa izquierda, y permeabilidad de bypass femoro-femoral

- Descripción angiográfica de la(s) lesión(es):

La arteria iliaca común izquierda presenta una oclusión crónica a 1 cm del origen, junto con una oclusión crónica de iliaca externa y de femoral común proximal. La arteria femoral profunda y superficial se encuentran permeables, aunque con un relleno muy enlentecido.

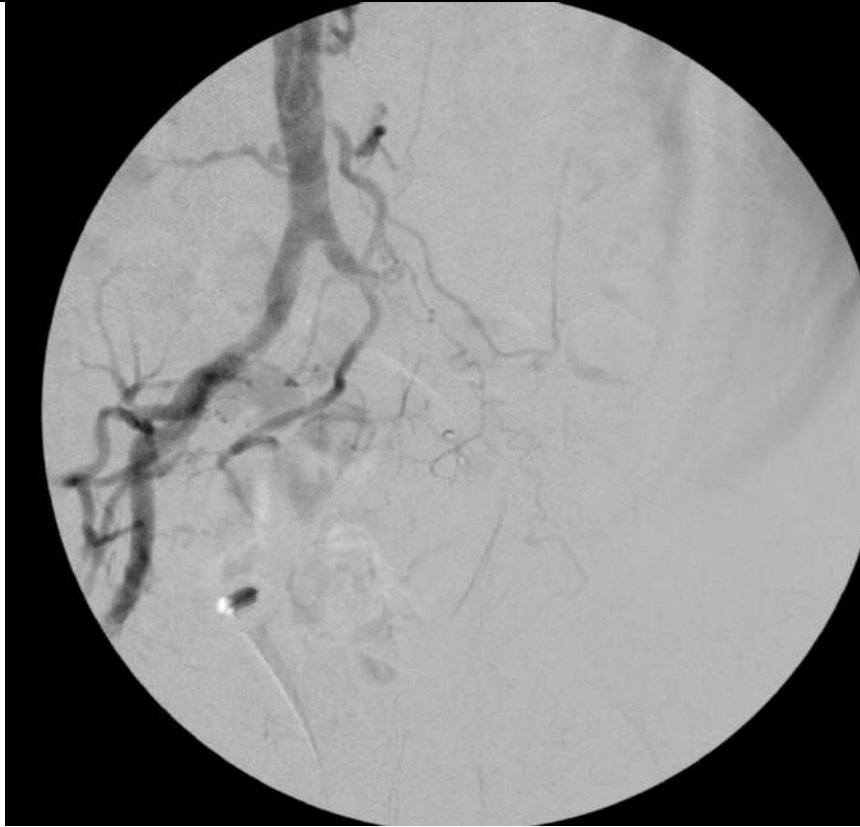


Imagen intraoperatoria que muestra gran desarrollo de mesentérica inferior y oclusión de iliaca común y externa izquierdas.

- Tratamiento (tipo de material utilizado):

Mediante un abordaje radial se canalizó la aorta descendente y se colocó un introductor largo 6F hasta aorta terminal, se realizó imagen diagnóstica y mediante catéter MPA de 0.035" y 125 cm y guía recta hidrofílica se realizó recanalización hasta femoral común – superficial izquierda. Se trató la zona proximal con stent cubierto y la iliaca externa – femoral común con stent Vascuflex 7\*100 + 6\*80, tratándose la estenosis anular de femoral común angioplastia y cutting balloon (estenosis fibrótica) y extendiendo el stent hasta femoral superficial. Presenta en control final una estenosis de femoral superficial, por lo que se realiza endarterectomía de femoral superficial a nivel del extremo distal del stent para evitar acceder a la zona previamente infectada, para asegurar la correcta expansión distal del stent.



Control intraoperatorio tras recanalización y tratamiento, que muestra permeabilidad de iliaca común externa y bifurcación femoral izquierda.

- Resultado post-tratamiento y evolución del paciente:

El paciente fue dado de alta sin clínica de claudicación, bajo antiagregación simple y anticoagulación (por indicación de su fibrilación auricular) y es seguido periódicamente en nuestras consultas. Continúa en seguimiento por nefrología con una función renal estable.

Discusión y/o conclusiones:

Se trata de un paciente que tras presentar una infección de su bypass femorofemoral requiere de una revascularización precoz por presentar una claudicación muy invalidante. Si bien en este caso lo ideal hubiera sido mantener el tratamiento médico durante más tiempo para retrasar la cirugía respecto al explante de la prótesis, no fue posible por la clínica del paciente. Debido al reciente ingreso por la cirugía de explante la condición general del paciente no era la ideal y

por ello primamos la opción endovascular, aún a riesgo de un resultado subóptimo (estenosis fibrótica de femoral común con importante recoil) y de haber tenido que abordar finalmente la femoral superficial. Ello nos permitió revascularizar el miembro inferior izquierdo con una mínima agresión y sin tener que acceder a la femoral común. El abordaje radial permite con un mínimo gesto, conseguir un acceso vascular fiable y polivalente, que junto con stents con catéter portador largo (180 cm en el caso de Vascuflex) nos dan la posibilidad de tratar el sector iliaco y en determinados casos la femoral superficial con una pronta recuperación del paciente y con la posibilidad de dar el alta de forma precoz, hecho importante hoy en día con la saturación del sistema debido a la pandemia por coronavirus.