

Tratamiento de un aneurisma ilíaco mediante endoprótesis

A. Tovar - V. L. Trapero - I. Iglesias - E. Tovar

Departamento de Angiología y Cirugía Vascular
Hospital Santa Teresa, La Coruña (España)

RESUMEN

Se presenta un caso de corrección de un aneurisma ilíaco mediante endoprótesis continua usando Stent de Palmaz para su fijación. Sigue la discusión.

SUMMARY

A case of iliac aneurysm surgically managed by a continuous endoprosthesis (using for the fixation a Palmaz's stent) is reported. Discussion.

El tratamiento de los aneurismas arteriales ha sufrido una segunda revolución desde que el Dr. **J. Parodi** describió la técnica de corrección mediante la colocación de una endoprótesis continua utilizando Stent de **Palmaz** para su fijación (1, 2). Posteriormente esta técnica ha sido revisada y desarrollada por el Dr. **F. Veith**, el cual ha utilizado materiales más modernos y la ha aplicado para lesiones no sólo aneurismáticas sino también estenosantes (3). Nosotros presentamos la corrección de un aneurisma ilíaco mediante esta técnica.

Caso clínico

Paciente varón de 74 años, fumador de 10 cigarrillos/día, úlcus duodenal en tratamiento médico, sigue tratamiento con Furosemida 20 mg/24 h por una causa que no recuerda.

Refiere claudicación de MMII a unos 200 m por dolor en ambas pantorrillas.

Exploración: Soplo carotídeo bilateral 4/6 Dcha., 3/6 Izq. Crepitantes basales Izq. Auscultación cardíaca rítmica sin soplos. Abdomen blando, depresible sin masas o megalias. MMSS pulsos G3 a todos los niveles. MMII Femoral Izq. G3, derecho G2, resto ausentes.

Analítica: Sangre elemental normal; Fórmula y recuento normal. Glucosa 111 mg/dl, creatinina 0,4 mg/dl, otros parámetros en límites normales. E.K.G. normal. Rx Tórax: cambios compatibles con BCO. Espirometría: Capacidad vital 68%, FEV1 40%, Tiffenau 59%. Gasometría basal: PO₂ 82 mmHg. PCO₂ 49,6 mmHg. Dúplex Color TSA: Estenosis carotídea de un 30% bilateral. Doppler de MMII: Ondas bifásicas femorales derechas y bilaterales dis-

tales. Índices T/B 0.71D; 0.64I. Post-ejercicio: 0.73D; 0.66I.

Arteriografía: Estenosis crítica del origen de ilíaca común derecha, aneurisma de 3 cm de ilíaca común derecha (Fig. 1); estenosis de un 70% de femoral común derecha; oclusión en tercio medio de femoral superficial izquierda; estenosis de un 50% de poplítea media derecha; tres vasos distales permeables bilateralmente.

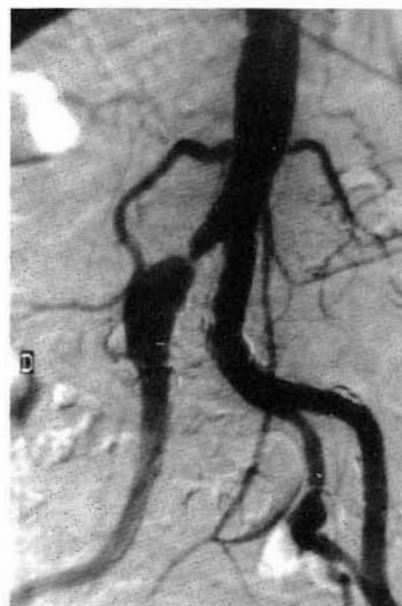


Fig. 1 - Aneurisma de ilíaca común derecha de 3 cm con estenosis crítica preaneurismática.

Procedimiento: Bajo anestesia epidural se practicó disección de la arteria femoral común derecha procediéndose a la colocación de un introductor de 6 F por punción directa. Cateterización aórtica con guía

«Eel wire». Dilatación del origen de ilíaca común derecha con un balón Cook de 8 mm de diámetro a 9 Atm (Fig. 2). Arteriotomía longitudinal de femoral común tras heparinización sistémica. Introducción de un balón Cook 10 mm de diámetro portando un Stent tipo Palmaz al que se había fijado una prótesis de PTFE Thin Wall (Fig. 3) progresándose hasta la bifurcación aórtica por encima del aneurisma. Dilatación hasta 11 Atm. Fijación del extremo distal con un Stent tipo Palmaz dilatado a 10 mm. Cierre de arteriotomía con un parche de PTFE. El resultado fue favorable de forma morfológica, clínica y hemodinámica; desaparición de la imagen aneurismática (Fig. 4), recuperación de pulso femoral G3 e índice T/B de 1 en MID.

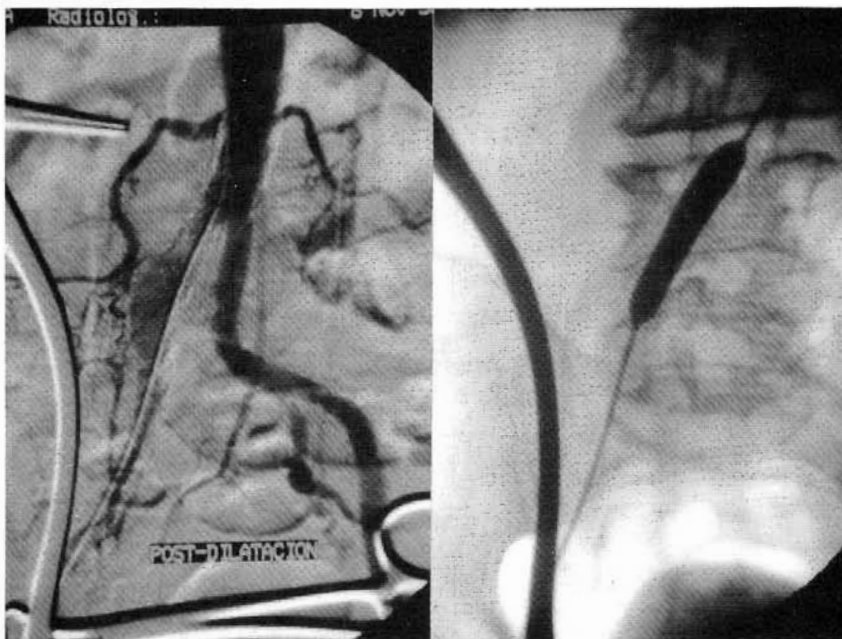


Fig. 2 - Balón de dilatación y resultado de la angioplastia.

Discusión

A pesar de los esfuerzos realizados en los últimos 30 años, el tratamiento quirúrgico por reemplazamiento arterial directo sigue siendo el de elección en los aneurismas arteriales (4, 5, 6, 7). La única alternativa real pudo ser considerada a partir de la descripción de las endoprótesis arteriales por **Palmaz** (1, 8) bien rígidas y expandibles por balón, como en el primer caso, o bien elásticas y autoexpandibles como en el segundo. En 1991 el Dr. **Parodi** publicó su experiencia preliminar utilizando una endoprótesis de **Palmaz** unida a un tubo de Dacron de pared fina para el tratamiento de pacientes de alto riesgo portadores de aneurismas de aorta abdominal.

Posteriormente esta técnica fue revisada y refinada juntamente con el grupo del Montefiore Medical Center aplicándose en pacientes con aneurismas periféricos, fístulas arteriovenosas o reestenosis de arteria femoral superficial (3), introduciendo las prótesis de PTFE por vía percutánea.

A pesar de que el paciente que presentamos no era de alto riesgo,

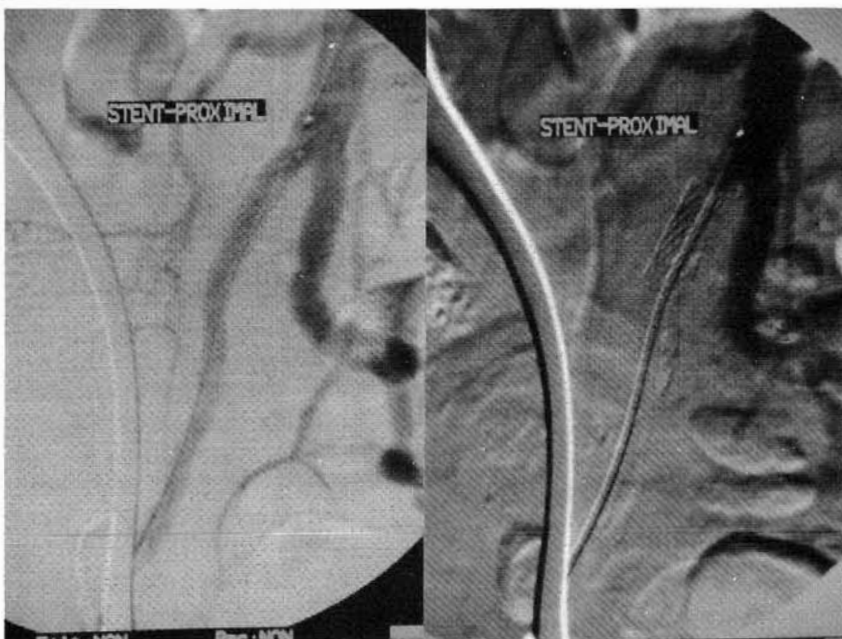


Fig. 3 - Stent de anclaje proximal y angiografía con prótesis de PTFE.

ya que solamente la función respiratoria era deficitaria, presentaba un aneurisma de ilíaca común aislado, que según un abordaje convencional constituía la única indicación de laparotomía, bien por vía transperi-

toneal, bien por vía retroperitoneal. Basándonos en la experiencia del tratamiento de los aneurismas poplíteos descrita conjuntamente por el grupo de **Montefiore** y **Parodi**, así como en nuestra propia experiencia

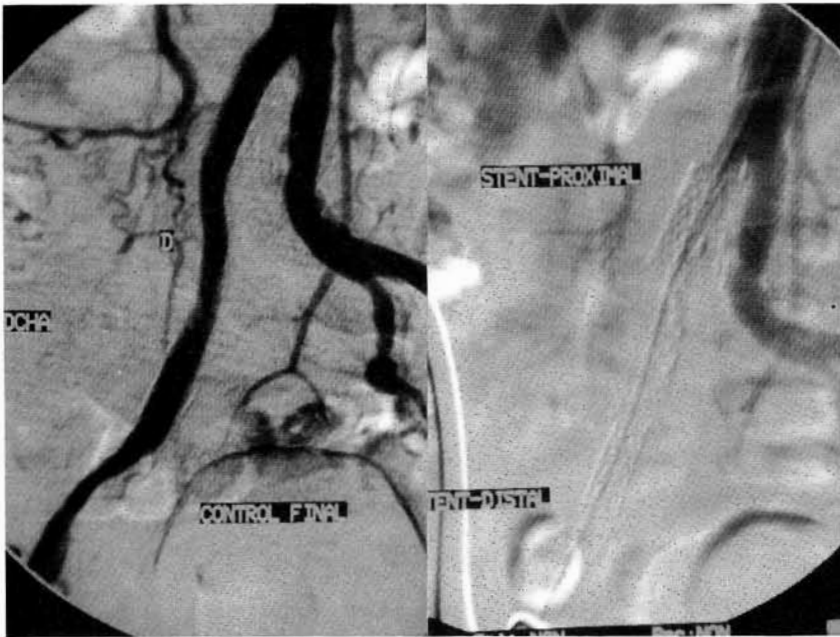


Fig. 4 - Stent proximal y distal; angiografía de resultado final del procedimiento.

en técnicas endoluminales, incluyendo el manejo-rutinario de endoprótesis (9), decidimos la colocación de una prótesis de PTFE por vía endoluminal a través de una arteriotomía femoral. Tal como describió el Dr. **Parodi** los extremos proximal y distal fueron fijados con Stent tipo Palmaz distendidos en un 20% más que el diámetro nominal de la arteria. El resultado fue satisfactorio, sin alteraciones hemodinámicas en el procedimiento, no precisando el ingreso en UCI y pudiendo ser dado de alta a las 48 h.

Creemos que la técnica de elección para el tratamiento de aneuris-

mas aislados, tanto en su localización aórtica como ilíaca o femoral, es la colocación de una prótesis de PTFE por vía endoluminal fijada con los Stent expandibles por balón. En el futuro cercano ésta será la técnica más usada para el tratamiento de esta patología.

BIBLIOGRAFIA

1. PALMAZ, J. C.: Balloon expandable intravascular Stent. «AJR», 150: 1263-1269, 1988.
2. PARODI, J. C.; PALMAZ, J. C.; BARONE, H. D.: Transfemoral intraluminal graft. Implantation for abdominal aortic aneurysms. «Ann. Vasc. Surg.», 5: 491-499, 1991.
3. PARODI, J. C.; BARONE, H.; SCHONHOLZ, C.; MARIN, M. L.; PANETTA, T. F.; CYANAMON, J.; VEITH, F. J.: Endovascular insertion of balloon expandable Stented grafts to treat peripheral arterial lesions: Initial experience in man. Presented to the XXI World Congress of the International Society for Cardiovascular Surgery. September 13, 1993, Lisbon, Portugal. Summary. Pág. 43.
4. Resection of an aneurysm of the abdominal aorta, reestablishment of continuity by preserved human arterial graft with results after five months. «Arch. Surg.», 64: 405, 1952.
5. BLAKEMORE, A.: Progressive constrictive occlusion of the abdominal aorta with wiring and electrothermic coagulation: One-stage operation for atherosclerotic aneurysm of the abdominal aorta. «Ann. Surg.», 133: 447-462, 1951.
6. ROBICSEK, F.; DOUGHERTY, H. K.; MULLEN, D. C.: External grafting of aortic aneurysm. «J. Thorac. Cardiovasc. Surg.», 61: 131-134, 1971.
7. BERGUER, R.; SCHNEIDER, J.; WILNER, H. I.: Induced thrombosis in inoperable abdominal aortic aneurysm. «Surgery», 64: 425-429, 1978.
8. SIGWART, U.; PUEL, J. MIRKOWITZ, V. et al.: Intravascular Stents to prevent occlusion and restenosis after transluminal angioplasty. «N. Engl. J. Med.», 316: 701-706, 1987.
9. TOVAR, A. E.; TRAPERO, V. L.; IGLESIAS, J. I.; FERNANDEZ, X. C.: Técnicas Percutáneas. Ponencia presentada en la Reunión Fundacional de la Sociedade Galega de Anxioloxia e Ciruxia Vascular. 22 Mayo de 1993, Santiago, España.