

Tratamiento endovascular de aneurisma de aorta abdominal en paciente con distrofia polianeurismática

M.J. Rico-Ballester, J.C. Fernández-Fernández, R.J. Segura-Iglesias

Caso clínico. Se presenta el caso de un varón de 65 años con antecedentes de tabaquismo, obesidad, accidente cerebrovascular sin secuelas y aneurismas en arteria mesentérica superior, sectores ilíaco primitivo, femoral común y poplíteo izquierdos, debido a distrofia polianeurismática. Tras múltiples cirugías revascularizadoras previas quedó excluido el eje ilíaco izquierdo, pero se mantuvo la vascularización mesentérica y del miembro inferior izquierdo por la arteria hipogástrica derecha.

El paciente ingresó por aneurisma de aorta abdominal



Figura 1. Angiotomografía diagnóstica: aneurisma de aorta abdominal de 11 cm y dilatación aórtica yuxtarenal.

minal (AAA), que alcanzaba un diámetro de 11 cm según tomografía axial computarizada (TAC). A la exploración física presentó masa pulsátil abdominal y bloqueo femoropoplíteo izquierdo e iliofemorales derechos.

La angiografía y la angiotomografía diagnósticas mostraron un aneurisma fusiforme en la bifurcación aórtica de 11 cm de diámetro máximo, dilatación sacular aórtica yuxta-

renal (Fig. 1) y aneurismas en la iliaca común y la hipogástrica derechas (Fig. 2).

Se realizó un tratamiento endovascular con endoprótesis Zenith[®] aortomonoilíaca, con lo cual se logró la exclusión de las dilataciones aórticas e ilíacas y se mantuvo la permeabilidad de las arterias renales, hipogástrica derecha y de miembros inferiores.

Tras el primer mes de seguimiento, el paciente se encuentra asintomático y la TAC de control muestra

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña, España.

Correspondencia: Dra. M.ª Jesús Rico Ballester. Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. Xubias de Arriba, 84. E-15006 A Coruña. E-mail: mricbal@hotmail.com

© 2005, ANGIOLOGÍA

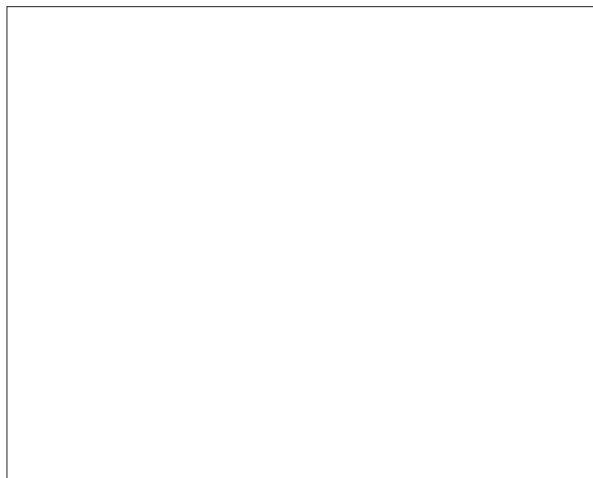


Figura 2. Angiografía diagnóstica: aneurisma ilíaco común e hipogástrico derechos.

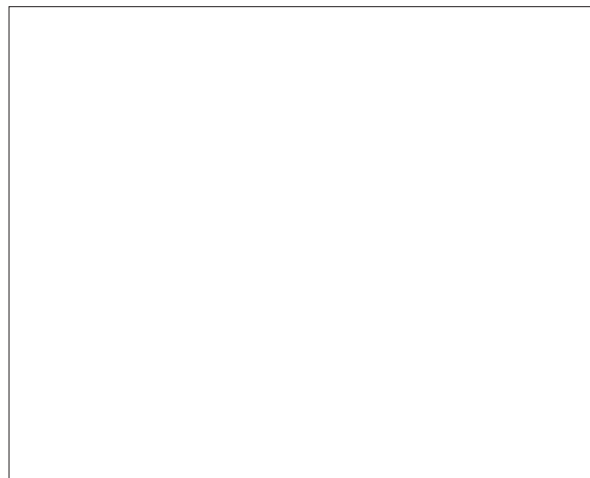


Figura 3. TAC de control un mes después: disminución del diámetro del aneurisma abdominal.

ausencia de complicaciones atribuibles a la endoprótesis (Fig. 3).

Discusión. Resultan conocidas las ventajas que en cuanto a morbilidad presenta el tratamiento con endoprótesis de AAA en los primeros 30 días respecto a la reconstrucción quirúrgica [1]. En este paciente se descartaron la cirugía abierta, pues requería el abordaje de un abdomen hostil con múltiples laparotomías previas, y el clampaje suprarrenal.

Los resultados de la reparación endovascular de AAA dependen de la anatomía de la aorta y de las arterias ilíacas [2]. La distrofia polianeurismática condicionó en el paciente unas zonas subóptimas de fijación proximal y distal para la endoprótesis. En pacientes con anatomías aortoiliacas desfavorables y alto riesgo quirúrgico, la reparación endovascular puede constituir una alternativa a la cirugía convencional o al simple seguimiento si puede realizarse con baja morbilidad perioperatoria [2,3].

Bibliografía

1. EVAR Trial Participants. Endovascular aneurysm repair versus open repair in patients with abdominal aortic aneurysm (EVAR trial 1): randomised controlled trial. *Lancet* 2005; 365: 2179-86.
2. Rockman C. Reducing complications by better case selection: anatomic considerations. *Semin Vasc Surg* 2004; 17: 298-306.
3. Timaran CH, Lipsitz EC, Veith FJ, Chuter T, Greenberg RK, Ohki T, et al, Zenith Investigators. Endovascular aortic aneurysm repair with the Zenith endograft in patients with ectatic iliac arteries. *Ann Vasc Surg* 2005; 19: 161-6.