

## 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 abdo-



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

inal (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 iliofemoral derecho.

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

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

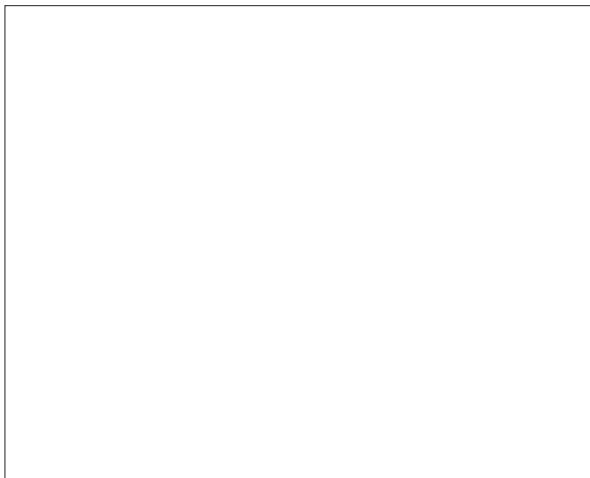
Se realizó un tratamiento endovascular con endoprótesis Zenith® aortomonoilíaca, con lo cual se logró la exclusión de las dilataciones aórticas e ilíacas y se mantuvo la permeabilidad de las arterias renales, hipogástrica derecha y de miembros inferiores.

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

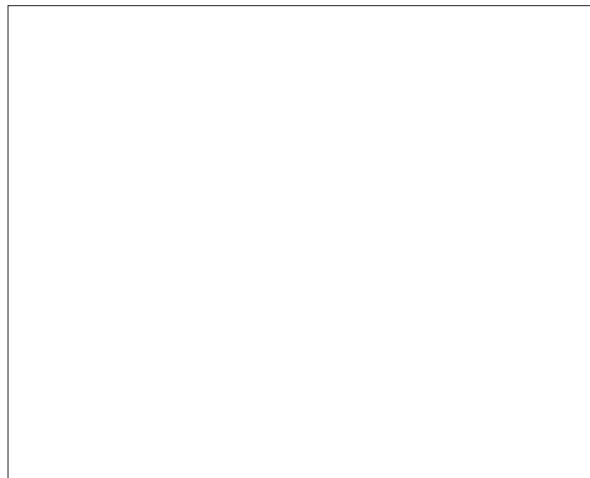
Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña, España.

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 diagnostica: 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 aortoilíacas 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.