



www.elsevier.es/cirugia

O-326 - EXPLANTES DE ENDOPRÓTESIS AÓRTICAS TRAS FRACASO DEL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR

Rodríguez López, Inés; Fernández-Samos, Rafael; del Barrio, Marcos; Ballesteros, Marta; Menéndez, Elena; Novo, Gloria María; Santos, Eliezer; Zorita, Andrés Manuel

Complejo Asistencial de León, León.

Resumen

Introducción: La reparación endovascular de aneurismas de aorta abdominal (REVA) se emplea cada vez en pacientes más jóvenes y en anatomías poco favorables. Las complicaciones secundarias a esta intervención pueden solucionarse habitualmente con técnicas endovasculares, sin embargo, en ciertos casos es necesario reconvertirlos a cirugía abierta.

Objetivos: Estudio retrospectivo, descriptivo y unicéntrico, analizando causas y resultados de los explantes de endoprótesis aórticas realizados en el Hospital de León en el periodo de abril del 2015 a abril 2016.

Criterio de exclusión: reconversiones precoces (en los 30 primeros días).

Métodos: Caso 1: varón, 83 años, cardiopatía isquémica revascularizada, portador de marcapasos. Antecedente de cáncer de colon y cáncer renal intervenidos. Aneurisma de aorta abdominal (AAA) tratado con endoprótesis aortobiiliaca en 2000. Presenta endofuga que precisa inyección intracavitaria de trombina hasta en cuatro ocasiones. Embolización rama lumbar con coils y onix (2015). Debido a la ausencia de resultados, se decide reconversión a cirugía abierta e implante de injerto de dacron (2016). Caso 2: varón, 82 años, hipertensión, cardiopatía isquémica revascularizada, portador DAI. Implante de endoprótesis aortomonoiiliaca derecha y bypass femorofemoral por AAA en 2009. En el seguimiento se evidencia crecimiento del saco aneurismático sin objetivarse migración ni puntos de fuga, diagnosticándose de endotensión aórtica. En 2015 se realizó explante de endoprótesis e implante de injerto aortoiliaco derecho. Caso 3: varón, 80 años, hipertenso, diabético, fibrilación auricular. Remitido por hipotensión y epigastralgia secundario a rotura de pseudoaneurisma aórtico. Intervención urgente implantando endoprótesis aortomonoiiliaca izquierda, oclusor derecho y bypass femorofemoral. Reingresa por dolor abdominal. Se observa endofuga IC. Embolización hipogástrica derecha junto con ligadura de iliaca externa derecha. Presenta picos febriles. En nuevo TC presencia de gas en hematoma periaórtico. Ante sospecha de infección, se decide explante de endoprótesis, ligadura aórtica y bypass axilofemoral izquierdo (enero 2016). Infección del bypass femorofemoral con recambio del injerto por prótesis biológica.

Resultados: Los tres casos son varones de avanzada edad (mediana 82 años) con múltiples comorbilidades. El intervalo de tiempo entre el implante y el explante fue 189, 71 y 2 meses respectivamente. La causa del explante fue diferente en cada caso: endofuga persistente, endotensión aórtica y pseudoaneurisma micótico. Éxito quirúrgico 100%, sin incidencias durante la intervención, pudiéndose realizar clampaje infrarrenal en los tres pacientes. Actualmente los dos primeros casos se encuentran asintomáticos con bypass permeable. Debido a la progresión de la infección, el tercer paciente falleció tras 7 semanas del explante.

Conclusiones: El explante de endoprótesis es una medida resolutiva a tener en cuenta cuando fracasa el tratamiento endovascular. La mortalidad en casos de rotura o infección aórtica continúan siendo elevados. El explante aórtico es una cirugía que supone un reto para el cirujano vascular por su complejidad y que en muchas ocasiones precisa de un clampaje suprarrenal. En estos casos presentados conseguimos explantar exitosamente la endoprótesis con control infrarrenal. A pesar de los avances en la cirugía endovascular, la necesidad de realizar reconversiones será probablemente cada vez más frecuente debido al aumento de REVA, tal y como hemos apreciado en nuestro centro.