



ENDOPRÓTESIS AÓRTICAS: QUÉ DEBE SABER EL RADIÓLOGO DE GUARDIA (NIVEL II)

J. Calvo Blanco

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias.

Resumen

Objetivos docentes: Describir en qué consiste el tratamiento endovascular de los aneurismas de aorta. Conocer los tipos de endoprótesis y su aspecto normal en estudios radiológicos. Conocer las complicaciones más comunes que debe conocer un radiólogo general, especialmente en el ámbito de la urgencia.

Discusión: El aneurisma de aorta se define como la dilatación mayor del 50% de la aorta proximal o mayor de 3 cm. El riesgo de rotura y muerte se incrementa el 1-3% anual con aneurismas de 4-5 cm, 6-11% anual con aneurismas 5-7 cm y 20% con aneurismas mayores de 7 cm. El uso de las técnicas endovasculares en el tratamiento del aneurisma de aorta abdominal (EVAR) y de lesiones de la aorta torácica (TEVAR) ha experimentado un gran aumento en las últimas dos décadas. Consiste en la colocación de una prótesis endovascular (endoprótesis o stent) a través de las arterias femorales y anclarla a los extremos proximal y distal de las porciones no aneurismáticas creando un nuevo conducto por el que circula la sangre excluyendo el aneurisma de la circulación y eliminando la presión sobre sus paredes para prevenir el riesgo de crecimiento y ruptura. Los controles postoperatorios son necesarios para comprobar la correcta posición del dispositivo, la estabilización o disminución del tamaño del aneurisma y la exclusión de complicaciones. Las posibles complicaciones son: infección de la herida o de la endoprótesis; migración de la endoprótesis; trombosis de una rama de la endoprótesis; fuga endovascular o endofuga: fuga de sangre al interior del saco aneurismático excluido después de la colocación de la prótesis. Se describen 5 tipos: 1. Endofuga tipo 1: alrededor de los anclajes proximal o distal de la endoprótesis debido a fallo en la fijación a las paredes del vaso nativo; 2. Endofuga tipo 2: la más común. Se debe al relleno del saco aneurismático por flujo retrógrado por arterias lumbares o la arteria mesentérica inferior. 3. Endofuga tipo 3: por fallo estructural de la endoprótesis por desgarro del material o por separación de sus componentes por solapamiento inadecuado. 4. Endofuga tipo 4: causadas por porosidad de la endoprótesis en pacientes anticoagulados. Suelen ser autolimitadas y se resuelven al corregir la anticoagulación. 5. Endofuga tipo 5: por endotensión. Crecimiento continuo del saco aneurismático sin clara evidencia radiológica de fuga; crecimiento del aneurisma y rotura; rotura de la endoprótesis.

Referencias bibliográficas

- Bryce Y, Rogoff P, Romanelli D, Reichle R. Endovascular repair of abdominal aortic aneurysms: vascular anatomy, device selection, procedure, and procedure-specific complications. *Radiographics*. 2015;35:593-615.
- Garzón G, Fernández-Velilla M, Martí M, Acitores I, Ybáñez F, Luis Riera L. Endovascular Stent-Graft Treatment of Thoracic Aortic Disease. *RadioGraphics*. 2005;25:S229-S244.

3. Casula E, Lonjedo E, Cerverón MJ, Ruiz, Gómez J. Revisión de aneurisma de aorta abdominal: hallazgos en la tomografía computarizada multidetector pre y postratamiento. Radiología. 2014;56:16-26.