

## EXTRACTOS

**TROMBOSIS INDUCIDA DE UN ANEURISMA AORTICO ABDOMINAL (Induced thrombosis of abdominal aortic aneurysm). — M.L. Campion, M.T. Rorthman, L. Kreel y B.J. Pardy.** «Journal of the Royal Society of Medicine», vol. 78, n.º 1, pág. 72; enero 1985.

Se presenta un caso de un varón de 75 años, con un aneurisma de aorta abdominal, que no se consideró apto para cirugía aórtica. Fue tratado con éxito mediante la inducción de la trombosis del aneurisma.

Aunque la mortalidad de la reparación selectiva de aneurismas aórticos abdominales es aproximadamente del 6 %, en pacientes de alto riesgo está por encima del 60 %, consecuentemente debe procurarse identificar a dichos pacientes y evitarles la reparación quirúrgica del aneurisma, si es posible. Se consideran pacientes de alto riesgo los enfermos cardíacos severos, «clearance» de creatinina menor de 40 mil./min., FEV menor de 11./min. y ciertos pacientes que han sufrido previamente cirugía abdominal extensa.

El tratamiento conservador de estos aneurismas se asocia con la posibilidad de ruptura, muy incrementada cuando el aneurisma es sintomático o muy grande. Cuando el riesgo de ruptura de aneurisma y el de reaparición quirúrgica del mismo son muy altos, la inducción de la trombosis parece una alternativa válida.

En un principio se intentó la inducción de la trombosis aneurismática mediante la inserción de alambres o serpentines, que resultaron inefectivas o con isquemia irreversible en extremidades inferiores; y los métodos para reforzar la pared de la aorta mediante la envoltura de diversos materiales o aplicando bandas de metal, requieren cirugía abdominal mayor.

Otro intento consistió en llevar a cabo un «by-pass» extraanatómico, primero, e inducir después la trombosis del aneurisma mediante oclusión del flujo. Inicialmente se llevó a cabo con catéteres-globo pasados por encima de las arterias ilíacas exteriorizadas y una inyección concomitante de material trombogénico dentro del aneurisma por medio de un catéter angiográfico.

La técnica más reciente consiste en ocluir las arterias ilíacas con ligaduras o «clips» metálicos y, si la trombosis es incompleta, inyectar algunos días después material trombogénico. La principal dificultad estriba en conseguir una oclusión satisfactoria de las arterias ilíacas, pudiéndose utilizar diversos métodos para ello (que son analizados por los autores).

La trombosis del aneurisma es esencial para prevenir la ruptura; y mediante la relativamente no invasiva técnica del DIVAS o la menos precisa, pero totalmente no invasiva técnica de imagen ultrasónica modo-B, se puede comprobar si la trombosis ha tenido lugar. En caso necesario puede inducirse la completa trombosis mediante

inyección de un agente trombogénico, como el bucrilato, dentro del aneurisma, previa oclusión del flujo mediante un globo.

En cuanto al «by-pass», el uso de una prótesis con la rama áxilo-femoral protegida por una espiral externa de polipropileno ha obtenido un resultado del 100 % de permeabilidad a los 4 años. La espiral previene la torsión del injerto durante la flexión del talle y la compresión del mismo por presiones externas, como puede ocurrir al dormir sobre el mismo lado.

En conclusión, cuando un paciente con un aneurisma aórtico abdominal, grande o sintomático, presenta un trastorno asociado incorregible que podría hacer problemática la intervención del aneurisma, debe considerarse la posibilidad de inducir la trombosis del mismo.