

UTILIZACION DE DISPOSITIVOS AORTO-UNIILIACOS PARA EL TRATAMIENTO DE PATOLOGIA ANEURISMATICA INFRA-RENAL

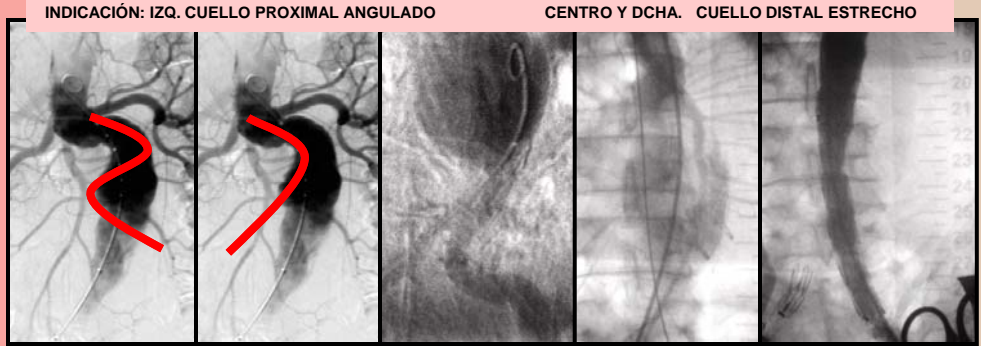


Autores: G TINTO, A CUACCI, D GRINFELD, V CUCCHETTI, M CERZO
INSTITUTO ARGENTINO DE LA AORTA
SEDE HOSPITAL ESPAÑOL, LA PLATA

Introducción: desde que comenzamos con el tratamiento endovascular del aneurisma de aorta hasta la actualidad, los criterios de selección de pacientes de acuerdo a las características del aneurisma se han ido modificando, fundamentalmente por la experiencia acumulada y el perfeccionamiento de los dispositivos. El objetivo de este póster es demostrar la factibilidad de realizar una exclusión endovascular segura de la patología aneurismática infrarrenal, complicada o no, utilizando dispositivos aorto-uniiliacos.

Material y métodos: sobre un total de 502 pacientes tratados por nosotros por vía endovascular, realizados a julio de 2007 en diferentes centros, 400 correspondieron a patología aneurismática infrarrenal (EVAAR). Se analiza retrospectivamente el porcentaje tratado con dispositivos aorto-uniiliacos, motivo de la indicación, tipo de procedimientos adicionales, necesidad de conducto transitorio, y complicaciones asociadas al implante.

ACCESO ILÍACO COMÚN DERECHO DIRECTO, (SIN CONDUCTO) PASANDO POR LA ARCADA INGUINAL

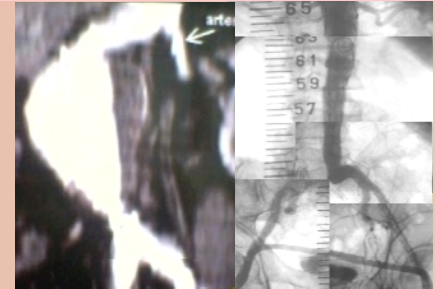
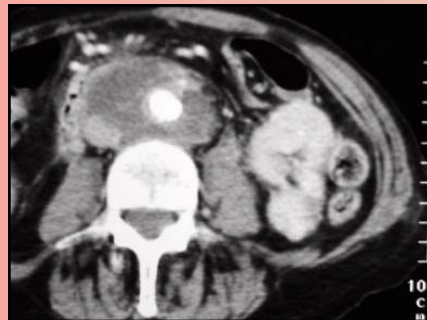
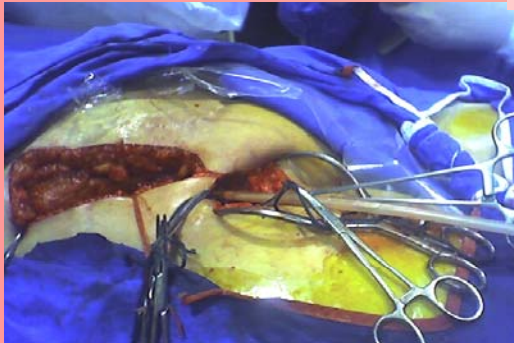


INDICACIÓN: IZQ. CUELLO PROXIMAL ANGULADO

CENTRO Y DCHA. CUELLO DISTAL ESTRECHO

INDICACIÓN POR CARACTERÍSTICAS DEL SACO

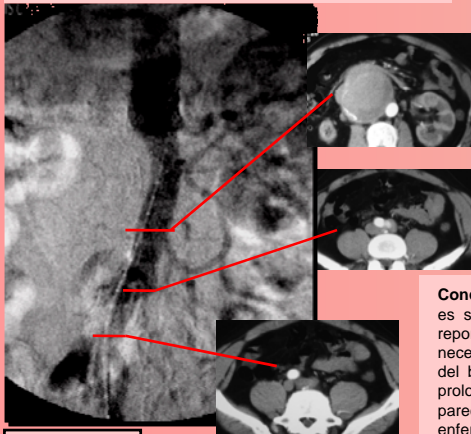
INDICACIONES COMBINADAS



Resultados: de 400 pacientes a los que se le realizaron EVAAR, se utilizaron 349 (87,25%) dispositivos bifurcados y en 51 pacientes (12,75%) dispositivos aorto-uniiliacos, de estos últimos, en todos se completó el procedimiento con by pass fémoro-femoral cruzado. Los motivos para la utilización de los mismos fueron: en 24 casos (47%) por angulación mayor de 60° del cuello proximal que desviaba el eje aórtico en el sentido de uno de los ejes ilíacos; en 5 (9,8%) la urgencia no permitía contar o evaluar características del AAA para el uso de un dispositivo bifurcado; 7 (13,7%) aneurisma ilíaco común e hipogástrico con alguna otra dificultad anatómica asociada. En 15 (29,4%) de los casos en los que se usó dispositivo aorto-uniiliaco, se debió usar conducto transitorio/definitivo porque las dificultades anatómicas comprometían ambos ejes ilíacos (estenosis/oclusión/diámetro menor a 7mm). En 36 pacientes (70,6%) se realizó embolización hipogástrica unilateral, todos con coils, a excepción de 1 caso con balón desprendible. 7 de estas prótesis aorto-uniiliacas fueron utilizadas en aneurismas rotos. Las complicaciones asociadas al implante de este tipo de dispositivo fueron: 2 (3,9%) infección de la herida inguinal y del PTFEe y secundario a esto muerte por sepsis en 1 caso; 6 (11,8%) hematomas leves de la herida inguinal, 1(2%) oclusión del by pass fémoro-femoral. El éxito técnico fue del 100%.

Discusión: desde 1991 a la fecha, los tópicos para indicación de un tratamiento endovascular en un aneurisma de aorta abdominal han cambiado desde los casos ideales a los casos reales¹. Hoy la elección o decisión de un tratamiento u otro, pasa casi exclusivamente por los riesgos asociados del paciente más que por la anatomía del aneurisma o las características de los accesos. Los dispositivos AUI nos permiten resolver prácticamente todas las dificultades anatómicas, sólo o combinándolos con técnicas adicionales (angioplastias, accesos braquiales, conductos transitorios, etc)^{2,3}, amplia las indicaciones del EVAR, y es de gran utilidad ante un aneurisma roto, al adaptarse a la gran mayoría de los aneurismas y por ser "rápidamente" hemostático⁴.

INDICACIÓN RELACIONADA CON EJE ILÍACO



CONDUCTO TRANSITORIO FEMORAL

UTILIZACION DE PROTESIS DE PTFEe



CONDUCTO ILÍACO TRANSITORIO + VÁLVULA HEMOSTÁTICA

Conclusiones: La exclusión endovascular de la patología aneurismática de aorta infrarrenal utilizando dispositivos aorto-uniiliacos es segura y factible en los casos adecuados, con una tasa de complicaciones relacionadas al implante, semejantes a las reportadas para la utilización de prótesis bifurcadas, ya sea por EVAAR o convencional⁵. El implante de estos dispositivos necesita casi siempre la instalación de un plug ocluidor contra lateral, y esta situación requiere entrenamiento extra. La construcción del by pass fémoro-femoral cruzado complementario al endograft aorto-uniiliaco, es un procedimiento que puede llegar a prolongar el procedimiento en 30-45 minutos y agrega morbilidad a la técnica endovascular. La permeabilidad de este by pass pareciera ser mayor, de acuerdo a la literatura y la experiencia personal, que cuando se lo construye para tratamiento de enfermedad estenótico-oclusiva⁶⁻⁷.

BIBLIOGRAFIA:

- 1- Parodi J.C. et al. "Endovascular Treatment of Abdominal Aortic Aneurysms: Lessons Learned" J. Endovasc. Surg. 1997;4:102-110
- 2- Cluter T., Reilly L., et al. "Surgical Reconstruction of the Iliac Arteries Prior to Endovascular Aortic Aneurysm Repair". J. Endovasc. Surg. 1997; 4: 307-311
- 3- Thompson M. et al. "Aortomonoiliac Endovascular Grafting: Difficult Solutions to Difficult Aneurysms". J. Endovasc. Surg. 1997; 4: 174-181
- 4- Peppelenbosch N, Zannetti S, Barbieri B, Buth J; ERA study collaborators. Endograft treatment in ruptured abdominal aortic aneurysms using the Talent AUI stentgraft system. Desing of a feasibility study. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2004; 27:366-71
- 5- Rehning TF, Brewster DC, Cambria RP, Kaufman JA, Geller SC, Fan CM et al. Utility and reliability of endovascular aortouniiliac with femorofemoral crossover graft for aortoiliac aneurysmal disease. J Vasc Surg. 2000; 31:1135-41
- 6- Clouse WD, Brewster DC, Marone LK, Cambria RP, Lamuraglia GM, Watkins MT et al. Durability of aortouniiliac endografting with femorofemoral crossover: 4-year experience in the Evt/Guidant trials. J Vasc Surg. 2003; 37:1142-9
- 7- Hincliffe RJ, Alric P, Wenham PW, Hopkinson BR. Durability of femorofemoral by pass grafting after aortouniiliac endovascular aneurysm repair. J Vasc Surg. 2003; 38:498-503