

REPARACION ENDOVASCULAR DE LA PATOLOGIA DE AORTA TORACICA

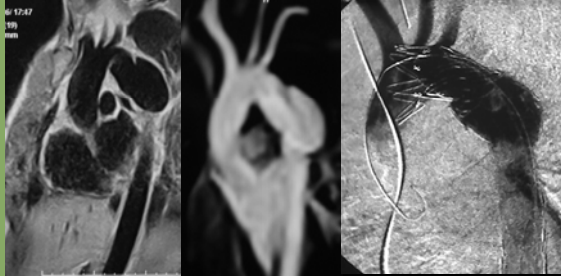


Autores: Gabriela A. Tinto, A Cuacci, D Grinfeld, R Marquez, O Cucchetti, R Aisenberg, R Grinfeld, M Cerezo (Hospital Español de La Plata, Instituto Argentino de la Aorta -IAAO- y Servicio de Hemodinamia IDYTAC)

Introducción: El Tratamiento Endovascular de la patología de la Aorta Torácica ha sido replanteado en los últimos años, desde el advenimiento y posterior perfeccionamiento de los dispositivos endovasculares del tipo stent-graft. La significativa disminución de las tasas de morbimortalidad asociadas a los mismos, ha llevado a que en la actualidad sea prácticamente electivo.



Transección aórtica. Marcapaseo de alta frecuencia



Material y Métodos: se analizan 15 pacientes que recibieron tratamiento Endovascular de su patología de aórtica torácica (TEVAR) entre julio de 2004 y julio de 2007. 9 hombres edad promedio de 13 ptes 67+/-10, 2 ptes menores de 30 años. 5 pacientes presentaban disección tipo B (3 crónicas y 2 agudas) 1 con una úlcera aórtica complicada, 1 con aneurisma de aorta torácica post- cirugía de coartación, 6 ptes con aneurismas torácicos no complicados, de cuales 2 involucraban zona 1 y 2, y 2 transecciones aórticas traumáticas. En 2 ptes se realizaron procedimientos híbridos por tratarse de patologías que involucraban el arco aórtico (by pass carótido-carotideo y carótido-subclavio previo a endoprótesis). Se utilizaron en 14 pacientes endoprótesis Talent® y en 1 paciente endoprótesis Excluder TAG®. En 2 pacientes con angulación muy marcada entre el cayado aórtico y la aorta descendente se implantó un CP-Stent® a fin de reducir esa angulación. En 2 pacientes se utilizó disminución inducida de la presión del tracto de salida de la aorta (1 caso adenosina, 1 caso marcapaseo a alta frecuencia)

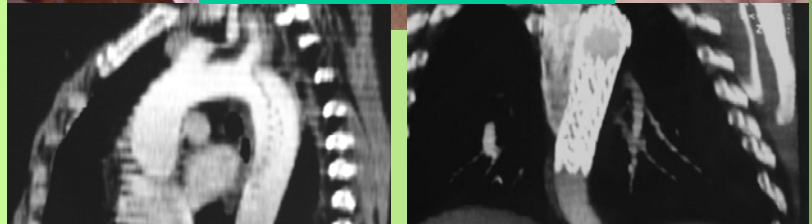
Pseudoaneurismas paraanastomóticos Tratamiento con dispositivo Talent®



Resultados: Éxito primario (exclusión de la patología sin endoleaks) 93,4%, en un caso existió imposibilidad de avanzar el dispositivo. Éxito secundario (exclusión a los 60 días) 86,7%, 2 ptes con endoleak tardío que requirieron una segunda endoprótesis. Mortalidad inicial 0% Mortalidad a los 30 días 6,6% (1pte). Complicaciones menores: isquemia leve de brazo izquierdo 1; hematoma inguinal 3 ptes. No hubo mortalidad agregada, ruptura tardía ni migración de la endoprótesis.



Disección Aórtica Aguda en paciente joven (55 años), 158 Kg. de peso, hipertenso severo. Riesgo ASA 3



AngioTAC que evidencia Disección B que se inicia inmediatamente luego del origen de la Arteria Subclavia Izq.

AngioTAC a un mes postimplante, con exclusión completa de la falsa luz. Dispositivo Excluder®, acceso femoral derecho de 5 cm de longitud. Anestesia local + sedación.



Conclusiones: comparando la mortalidad de la cirugía cardiovascular convencional en el sector torácico, la TEVAR en la patología aguda o crónica, es una técnica factible y segura, y debería ser considerada de elección en los casos que las condiciones del paciente lo permitan si se cuenta con el equipamiento, materiales y recurso humano necesario. Resultado a largo plazo aún están pendientes.

Discusión: la aplicabilidad del tratamiento endovascular en aorta torácica descendente, con su menor tasa de complicaciones, fundamentalmente lo que respecta a tasas de paraplejía, permitió que la técnica se aplique en pacientes con menores taras asociadas¹⁻². La factibilidad del uso de procedimientos híbridos, extendió la indicación al cayado aórtico³. Los síndromes aórticos agudos (disección, úlcera, hematoma intramural, aneurisma, trauma torácico) o cuadros cronicados, son un desafío para el médico en general y para el cirujano vascular en particular, generando siempre incertidumbre por su evolución, tanto cuando se decide un tratamiento quirúrgico o médico⁴⁻⁵. Las reservas en la generalización de la indicación se centra en la necesidad de dispositivos específicos para cada patología. La indicación en la ruptura aórtica traumática parece ser indiscutible⁶.

Bibliografía:

1. Rimbau V. Tratamiento endovascular de las lesiones de la aorta torácica. Rev Esp Cardiol 2005; 58(1):1-5.
2. Sunder-Plassmann L, Orend KH. Stentgrafting of the thoracic aorta-complications. J Cardiovasc Surg 2005; 46: 121-30.
3. Kieffer E, Koskas F, Cluzel P, Benhamou A, Bahni A, Chiche L. Endoluminal repair of the aortic arch combined with revascularization of supra-aortic arteries. In Branchereau J, ed. Hybrid vascular procedures. Amsterdam: EV/C; 2004. p. 75-83.
4. Nienaber CA, Zanetti S, Barbieri B, Kische S, Schaeck W, Rehders TC. Investigation of stent grafts in patients with type B aortic dissection: design of the INSTEAD trial- a prospective multicenter, European randomized trial. Am Heart J 2005; 149:592-9.
5. Nienaber CA, Ince H, Petzsch M, Rehders T, Körber T, Schneider H, et al. Endovascular treatment of acute aortic syndrome. Supplement to endovascular today. Acta Chir Belg 2002.
6. Morishita K, Kurimoto Y, Kawaharada N, Fukuda J, Hachiro Y, Fujisawa Y, et al. Descending thoracic aortic rupture: role of endovascular stent-grafting. Ann Thorac Surg 2004; 78: 1630-4.