



ORIGINAL

Resultados tras el cambio de estrategia en el sellado distal de endoprótesis aórticas infrarrenales



P. Bargay Juan*, Á. Plaza Martínez, M. Ramírez Montoya, V.A. Sala Almonacil, V. Molina Nácher y F.J. Gómez Palonés

Servicio de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular, Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España

Recibido el 8 de diciembre de 2015; aceptado el 23 de marzo de 2016
Disponible en Internet el 25 de abril de 2016

PALABRAS CLAVE

Aneurisma de aorta abdominal;
Sellado distal;
Arteria iliaca común;
Endovascular;
Trombosis de rama;
Arteria hipogástrica

Resumen

Introducción: Tras estudios propios referentes a la evolución del sellado distal modificamos la actitud en el sellado de las endoprótesis de aorta abdominal: sellando en iliacas primitivas (IP) si eran menores de 16 mm de diámetro y en iliacas externas (IE) si eran mayores. El objetivo del trabajo es valorar los efectos del cambio de criterio en el sellado distal.

Pacientes y métodos: Se incluyeron los aneurismas infrarrenales programados consecutivos tratados mediante endoprótesis, desde enero de 2008 a diciembre de 2012. Se evaluó el crecimiento iliaco medio y las tasas de incidencia de endofugas tipo I distales (Ib), reintervenciones iliacas, trombosis de rama, rotura aórtica, mortalidad global y mortalidad relacionada con el aneurisma. Se excluyeron los casos con un seguimiento radiológico menor a 12 meses, aunque sí que fueron incluidos para valorar la mortalidad.

Resultados: Se incluyeron un total de 81 pacientes y 126 iliacas. La fijación distal se realizó en 86 IP y 40 IE. El seguimiento medio fue de $30,6 \pm 14$ meses. El crecimiento medio de las IP fue $-0,17 \pm 3$ mm (+1 mm si la fijación fue en IP y $-2,6$ mm si la fijación fue en IE; $p=0,0001$) y el de las IE fue de $-0,10 \pm 1,4$ mm ($-0,3$ mm si se fijó en IP y $+0,4$ mm si se fijó en IE; $p=0,01$). No se detectaron endofugas Ib ni rotura del aneurisma. La tasa de reintervenciones iliacas total fue del 3,2% (4 casos, 1,1% en IP y 7,5% en IE; $p=0,09$). La tasa de trombosis de rama fue mayor en los pacientes con sellado en IE (10% frente a 0%; $p=0,009$), al igual que una mayor incidencia de claudicación glútea (37,5% frente a 4,6%; $p=0,0001$). La mortalidad postoperatoria fue del 2,5%. La mortalidad global y la relacionada con el aneurisma a los 3 años fue del 19,5% y 2,5% respectivamente (sin influir las reintervenciones en la mortalidad).

Conclusiones: Los resultados avalan el cambio de estrategia en el sellado distal eliminando el riesgo de fuga Ib y de rotura aórtica en nuestra experiencia. Sin embargo, el sellado distal en IE se asocia a mayor trombosis de rama (sin aumentar la mortalidad relacionada con el aneurisma) y de claudicación glútea.

© 2016 SEACV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: pbargay1798@gmail.com, peritoneo1798@hotmail.com (P. Bargay Juan).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.angio.2016.03.005>

0003-3170/© 2016 SEACV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Abdominal aortic aneurysm;
Distal sealing zone;
Common iliac artery;
Endovascular;
Limb occlusion;
Hypogastric artery

Results after a change in strategy in distal sealing zone of infrarenal aortic endoprostheses**Abstract**

Introduction: After assessing the results of our own studies regarding the outcomes of patients in relation to distal sealing strategy, we modified our previous sealing approach of abdominal aortic endografts. For this study, distal sealing on common iliac artery (CI) is proposed when its diameter was less than 16 mm, and in external iliac artery (EI) for diameters greater than 16 mm. The aim of this study is to assess the effects of the modification of fixation criteria during follow-up.

Patients and methods: Patients consecutively treated for infrarenal aortic aneurysms by elective endovascular repair during the period between January 2008 and December 2012 were included.

Average iliac growth, type I distal endoleak (Ib), limb thrombosis, re-interventions due to iliac related complications were assessed, as well as overall mortality and aneurysm related mortality.

Patients with less than 12 months follow-up were excluded, although they were included in the analysis to assess mortality.

Results: A total of 81 patients accounting for 126 iliacs were included. Distal fixation was carried out at CI in 86 and EI in 40 cases, respectively. Mean follow-up was 30.6 ± 14 months. Average CI growth rate was -0.17 ± 3 mm (+1 mm when fixation was performed in CI and -2.6 mm when for fixation in EI; $P = .0001$); and -0.10 ± 1.4 mm for EI (-0.3 mm when fixation was performed in CI and +0.4 mm for fixation in EI; $P = .01$). No type Ib endoleaks or aneurysm ruptures were detected during follow-up. Total iliac re-intervention rate was 3.2% (4 cases, 1.1% in CI vs 7.5% in EI; $P = .09$). Limb thrombosis rate was higher in patients with sealing in EI (10% Vs 0%; $P = .009$), as well as the incidence of buttock claudication (37.5% vs. 4.6%; $P = .0001$). Perioperative mortality rate was 2.5%. Overall and aneurysm-related mortality at 3 years was 19.5% and 2.5% respectively (re-interventions did not have any influence on mortality rates).

Conclusions: The observed results support the strategy modification in distal sealing zone, eliminating the risk of Ib endoleaks and aneurysm rupture in our experience. However, distal sealing in EI was associated with a higher incidence of limb thrombosis (Without any increase in aneurysm-related mortality), and buttock claudication.

© 2016 SEACV. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El tratamiento endovascular de los aneurismas de aorta infrarrenales (EVAR) es en la actualidad el tratamiento de elección en muchos centros. Este se presenta como una técnica atractiva y mínimamente invasiva. Sin embargo, existen complicaciones durante el seguimiento que potencialmente requieren reintervención o conversión a cirugía abierta; especialmente complicaciones como endofugas tipo I o migraciones que pueden asociar crecimiento y rotura del aneurisma y la trombosis de rama¹.

En nuestro centro se realizaron 2 estudios en los que se evaluó la evolución del sellado distal en el EVAR^{2,3}. En el primer análisis se observó que en el sellado distal de arterias ilíacas primitivas (IP) mayores a 16 mm existía una mayor tasa de incidencia de endofugas Ib, tasa de reintervenciones y tasa de rotura del aneurisma con respecto a las IP menores de 16 mm, así bien la tasa de mortalidad global y relacionada con el aneurisma fue menor, pero de forma estadísticamente no significativa. En el segundo se objetivó que en IP > 16 mm con sellado en arteria ilíaca externa (IE) o en la propia IP existía menor tasa de

endofugas Ib, reintervenciones ilíacas, rotura aórtica y mortalidad relacionada con el aneurisma en el grupo de sellado en IE.

Tras los resultados se planteó una nueva estrategia de sellado distal en la que el sellado se realizara en IP si fuesen < 16 mm y en IE si fueran > 16 mm.

Por todo esto, el objetivo de este estudio es mostrar los resultados en la evolución de los aneurismas aórticos infrarrenales tratados de forma endovascular desde el cambio de estrategia del sellado distal (figs. 1 y 2).

Pacientes y método

Se incluyeron los aneurismas aórticos infrarrenales tratados mediante EVAR de forma programada y consecutiva entre enero de 2008 y diciembre de 2012, se incluyeron aquellos en que se implantó una endoprótesis de sellado infrarrenal con fijación infrarrenal o suprarrenal, y bifurcadas o aortomonoilíacas. En lo que hace referencia al sellado distal se incluyeron los fijados en ilíacas comunes, externas y también los que asociaban ramificación hipogástrica (*iliac*

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2867259>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2867259>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)