



ORIGINAL

Aplicabilidad de la nueva endoprótesis fenestrada Zenith p-branch[☆]



P. Bargay Juan*, F. Gómez Palonés, Á. Plaza Martínez, S.M. Morales Gisbert, J.M. Zaragoza García y E. Ortiz Monzón

Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España

Recibido el 19 de febrero de 2015; aceptado el 15 de junio de 2015
Disponible en Internet el 18 de julio de 2015

PALABRAS CLAVE

Aneurisma de aorta;
Tratamiento endovascular;
Tronco celiaco;
Arteria mesentérica;
Arteria renal;
Diseño protésico

Resumen

Introducción: En el tratamiento endovascular de los AAA con cuello infrarenal corto o ausente, el retraso en la disponibilidad de endoprótesis fenestradas y su elevado coste han llevado a fabricar modelos estandarizados con el objetivo de un uso protocolizado y sin demora. Otra opción de recurso empleada son las endoprótesis con stents en paralelo, que aún carecen de un criterio de uso regularizado y de estudios a largo plazo.

Objetivo: Analizar los AAA tratados en nuestro servicio con endoprótesis fenestradas o stents en paralelo, para valorar si cumplían las características de la nueva endoprótesis p-branch[®] y sus diferencias.

Material y métodos: Estudio unicéntrico, descriptivo de 31 aneurismas tratados consecutivamente entre 2008-2013 en el que se analizaron características anatómicas: distancias relativas entre arterias viscerales, su posición horaria, el diámetro en la zona de sellado y el número de fenestraciones requeridas y su compatibilidad con la p-branch[®].

Resultados: La tasa de anatomías compatibles con una de las 2 opciones de p-branch[®] fue del 74,2% (23 casos). De los 8 casos incompatibles 5 fueron por inadecuada alineación de las ramas viscerales, uno por diámetro de cuello aórtico mayor al máximo disponible, otro por inadecuado acceso femoral y otro por la configuración de las fenestraciones.

De los 23 casos compatibles, en 7 (30%) la configuración coincide con las 3 fenestraciones de la p-branch[®]. En 13 el número de fenestraciones sería mayor con respecto al utilizado, con 23 fenestraciones realizadas y 39 hipotéticas con la nueva endoprótesis. En los 3 restantes ha sido necesaria la fenestración del TC para un sellado adecuado.

Conclusión: La endoprótesis p-branch[®] podría abarcar 3/4 partes de las anatomías aórticas de nuestra serie, con unas expectativas favorables en coste y tiempo de espera, aunque en la mayoría requiriendo mayor número de fenestraciones o un sellado proximal más corto al ideal.

© 2015 SEACV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

[☆] El estudio ha sido presentado en el Congreso Endovascular Internacional de Granada.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pbargay1798@gmail.com (P. Bargay Juan).

KEYWORDS

Aortic aneurysm;
Endovascular
procedures;
Coeliac artery;
Mesenteric artery;
Renal artery;
Prosthetic device

Aplicability of Zenith p-branch standard fenestrated endograft**Abstract**

Introduction: In the endovascular treatment of abdominal aortic aneurysms (AAA) with short or absent infrarenal neck, the delay in the availability of a fenestrated device and its high cost, has led to the manufacture of standardised models. Although there are no regulated criteria for their use and long-term studies are lacking, another option is the endograft with stents in parallel.

Objective: The AAA treated with fenestrated device or stents in parallel in our department were assessed to see whether they complied with the characteristics for the placement of the new p-branch® endograft, and to analyse the differences between the p-branch® and the implanted prosthesis.

Material and methods: A descriptive study was performed on 31 aneurysms treated consecutively from 2008-2013. The anatomical characteristics analysed were: relative distances between the visceral arteries, "o'clock" position, diameter in the sealing area and number of fenestrations, and its compatibility with the p-branch®.

Results: The anatomical compatibility rate with the p-branch® options was 74.2% (23 cases). Of the 8 incompatible cases, 5 were due to misalignment of the visceral branches, one to the aortic neck diameter being greater, another because the femoral access was inappropriate, and one more due to the fenestration configuration.

Of the 23 cases where there was compatibility, in 7 (30%), the configuration used coincided with the p-branch®. In 13 cases the number of fenestrations was higher than those currently used, with 23 fenestrations carried out and 39 hypothetical fenestrations with the new endograft. In the 3 remaining cases a fenestration for the coeliac artery was necessary to achieve an adequate seal.

Conclusion: The p-branch® could meet the needs of three quarters of the aortic anatomies of our series, with favourable expectations on cost and waiting time. However, in most cases either a higher number of fenestrations are needed for visceral vessels or the proximal seal was shorter than would be ideal.

© 2015 SEACV. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

El tratamiento endovascular de los aneurismas de aorta infrarrenales (EVAR) es en la actualidad un tratamiento más frecuente que la cirugía abierta convencional. En estudios aleatorizados a corto y medio plazo ha mostrado una menor morbimortalidad frente a la cirugía abierta¹.

En los aneurismas yuxtarenales (AAY) y pararenales (AAP) las endoprótesis de sellado infrarrenal se encuentran fuera de indicación por ausencia de cuello.

En estos casos la alternativa endovascular se encuentra en los dispositivos fenestrados (fEVAR) y ramificados (bEVAR) para las arterias viscerales. Existen estudios no aleatorizados que han mostrado resultados equiparables entre estas y la cirugía abierta. En nuestra experiencia la cirugía endovascular presenta menor morbimortalidad a corto y medio plazo².

Sin embargo, estos dispositivos precisan de una fabricación individualizada, por lo representan un alto coste, un tiempo de espera de unas 6-8 semanas, medios adecuados y experiencia endovascular.

Los stents en paralelo representan una alternativa en las anatomías complejas en casos en que el tratamiento no se pueda demorar.

Por estos inconvenientes se han desarrollado dispositivos estandarizados aplicables, en teoría, a la mayoría de anatomías aórticas con cuellos complejos o ausentes, reduciéndose así los costes y el tiempo de espera.

Cook medical ha diseñado la Zenith (Cook Medical Inc, Bloomington, Indianapolis) pivot branch (p-branch) que consta de 3 fenestraciones, 2 para las arterias renales y una para la arteria mesentérica superior (AMS), y una escotadura para el tronco celíaco (CT).

El objetivo del estudio es analizar cuáles de los AAA tratados en nuestro servicio con endoprótesis fenestradas o con stents en paralelo podrían haber sido tratados con la nueva endoprótesis p-branch® (fig. 1) y la diferencia con la prótesis implantada.

Materiales y métodos

Se ha realizado un estudio descriptivo y unicéntrico, en el que se ha incluido 31 aneurismas AAY y AAP tratados de forma endovascular, tanto con endoprótesis fenestradas y tipo chimenea, en nuestro centro y en un periodo comprendido entre 2008 y 2013.

Las mediciones de la morfología aórtica fueron realizadas previo a la intervención con la estación de trabajo 3 mensio Vascular™ (3Mension Medical Imaging, Biltoven, Países Bajos) y con la estación KDS™ (kanteron Systems).

Estudio morfológico aórtico: se valoró el sector iliofemorales (permeabilidad y diámetro), las angulaciones aórticas (ángulo infraceliaco y supraceliaco).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2867382>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2867382>

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