

Tratamiento endovascular de aneurisma en aloinjerto femoropoplíteo. A propósito de un caso

J.M. Fustero-Aznar, J.J. Castilla-Carretero, E.M. Martín-Herrero, M.I. Lara-Guerrero, A. Miguel-Sánchez, J.M. Buisán-Bardají, A. Duato-Jané, J.M. Azcona-Elizalde

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA EN ALOINJERTO FEMOROPOPLÍTEO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Resumen. Introducción. La aparición de aneurismas en los injertos vasculares de vena umbilical humana se describió por primera vez en 1982. El tratamiento más habitual ha sido la cirugía. La llegada de las técnicas endovasculares ha incrementado las posibilidades terapéuticas que podemos ofrecer al paciente así como ha minimizado las complicaciones de la cirugía. Caso clínico. Paciente de 76 años con isquemia crónica de extremidades inferiores, intervenido en varias ocasiones (simpatectomía lumbar izquierda, bypass femoropoplíteo izquierdo a primera porción con politetrafluoroetileno en 1989 y bypass femoropoplíteo izquierdo a tercera porción con bioprótesis homóloga en 1994). Durante el seguimiento apareció dilatación aneurismática en aloinjerto diagnosticado mediante eco-Doppler. Se completó el estudio con tomografía axial computarizada (TAC) y angiografía por resonancia magnética. Como tratamiento, se implantó stent recubierto Viabahn de 8 × 100 mm, quedando el aneurisma completamente excluido. A los seis meses de seguimiento no se aprecian endofugas ni migración, y permanece permeable según eco-Doppler y TAC. Conclusión. El avance en las técnicas endovasculares permite un tratamiento rápido y sencillo de los aneurismas de injertos infrainguinales, especialmente útil en pacientes técnicamente complicados o de alto riesgo quirúrgico. [ANGIOLOGÍA 2006; 58: 57-61]

Palabras clave. Aneurisma periférico. Bioprótesis. Bypass infrainguinal. Isquemia crónica. Reintervención. Stent cubierto.

Introducción

La vena safena interna autóloga es el tipo de injerto con el que todos los demás comparan su permeabilidad en el sector femoropoplíteo, ya sea a primera o tercera porción. No siempre disponemos de una vena safena adecuada para la realización del bypass, por lo que son necesarias prótesis que obtengan unos resultados lo más similares posible a éstas. Las bio-

prótesis autólogas son las que más se aproximan a la permeabilidad del bypass con vena safena [1], pero como contrapartida presentan un fenómeno de biodegradación que favorece la formación de aneurismas [1-4], motivo por el que muchos cirujanos han dejado de usar este tipo de prótesis. En este caso se muestra el tratamiento endovascular de un aneurisma en un injerto femoropoplíteo de vena umbilical humana, permeable tras 11 años de su implante.

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza, España.

Correspondencia: Dr. Ángel Duato Jané. Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Avda. San Juan Bosco, 15. E-50009 Zaragoza. Fax: +34 976 565 995. E-mail: acvh-duato@hcu-lblesa.es

© 2006, ANGIOLOGÍA

Caso clínico

Varón de 76 años, ex fumador, sin alergias medicamentosas conocidas y portador de isquemia crónica

de extremidades inferiores. Debido a su isquemia crónica fue intervenido de simpatectomía lumbar izquierda con implantación de *bypass* femoropoplíteo (BPFP) a primera porción con politetrafluoroetileno (PTFE) de 6 mm (1989). En 1994 sufrió trombosis aguda de BPFP, por lo que se le remitió a nuestro centro, donde, tras completar estudio, se le practicó BPFP a tercera porción, con prótesis de vena umbilical humana Dardik Biograft® (Bio-Vascular) de 5 mm, tras haberse descartado el uso de vena safena autóloga, al ser de calibre inadecuado (< 3 mm).

Durante el seguimiento, el *bypass* permaneció permeable y el paciente asintomático. A los nueve años del implante, el paciente notó pulsación en la mitad del muslo, en su cara interna. El estudio con eco-Doppler demostró que se trataba de una dilatación aneurismática del aloinjerto, de 26 mm de diámetro, con trombo mural (Fig. 1) y un crecimiento de 1 mm/año desde su hallazgo, por lo que se decidió programar al paciente para tratamiento quirúrgico del aneurisma protésico.

En la palpación se apreció masa pulsátil en tercio medio del muslo, con pulso femoral y poplíteo conservados, distales negativos e índice tobillo/brazo (ITB) > 1. Se le practicaron dos pruebas complementarias: tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen y extremidades inferiores, con resultado de dilatación aneurismática en el tercio medio del muslo izquierdo, de diámetro máximo de 32 mm, con luz irregular de 20 mm y longitud aproximada de 35 mm (Fig. 2); y angiografía por resonancia magnética de extremidades inferiores con resultado de aneurisma en el tercio medio del BPFP, con una luz máxima de 18 mm, longitud de 19,9 mm (Fig. 3) y diámetros proximal y distal de 78,7 y 73 mm, respectivamente.

Al haber transcurrido 11 años del implante de una prótesis biológica y por la probable biodegradación del injerto, no se realizó una técnica quirúrgica de aneurismectomía e interposición protésica debido al probable desarrollo de aneurismas anastomóticos. Se indicó un tratamiento endovascular.

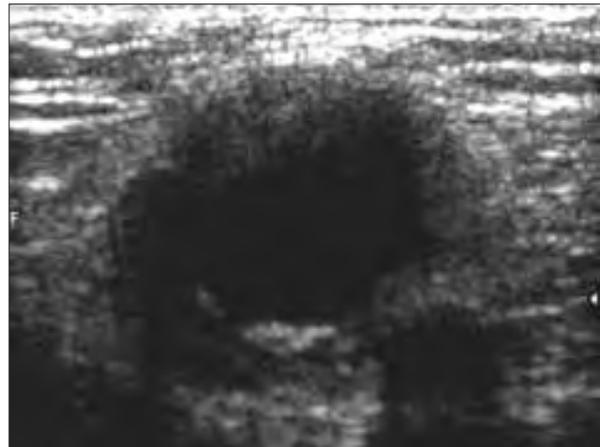


Figura 1. Eco-Doppler de la zona aneurismática.

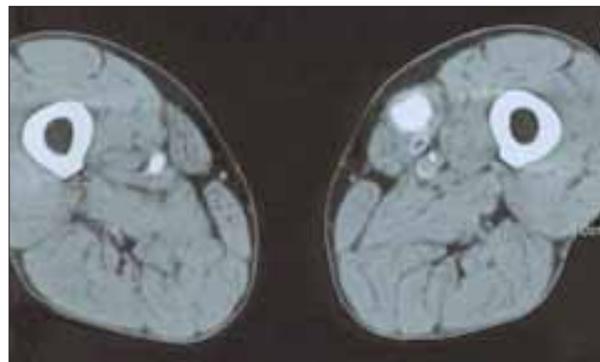


Figura 2. Tomografía axial computarizada del tercio medio del muslo: se aprecia dilatación, con luz irregular, y trombo mural en el muslo izquierdo. También podemos ver, junto al aneurisma, el primer *bypass* femoropoplíteo de politetrafluoroetileno trombosado.

Para el implante del *stent*, se abordó directamente el injerto, mediante disección y control del trípode femoral por tratarse de una arteria femoral común con dos injertos femoropoplíteos sobre la que se había de incidir de forma anterógrada. Se implantó un *stent* autoexpandible de nitinol, con recubrimiento interno de politetrafluoroetileno (PTFE): recubierto Viabahn® (Gore & Associates, Flagstaff, EE. UU.) de 8 × 100 mm (una longitud menor no garantizaba unos márgenes de seguridad adecuados según las medidas aportadas por TAC). Se usó un balón de dilatación Wanda® (Boston Scientific Medi-Tech) de 8 × 40 mm para remodelado en ambos cuellos; se verificó el éxito técnico tras la angiografía de control

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2868026>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2868026>

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