

Caso Clínico

Utilidad de la técnica de «chimenea» en el tratamiento de urgencia de aneurismas de aorta abdominal con anatomía desfavorable

Azahara Fernández Carbonell^{a,*}, Pedro Alados Arboledas^a, Enrique Rodríguez Guerrero^b,
María Eugenia Pérez Montilla^c e Ignacio Muñoz Carvajal^a

^a Servicio de Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

^b Medicina de Familia y Comunitaria, C.S. Lucena, Córdoba, España

^c Servicio de Radiología Vasculare Intervencionista, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
On-line el xxx

Palabras clave:
Aneurisma aórtico
Aorta abdominal
Reparación endovascular de aneurisma
Cuello corto
Técnica de chimenea

Keywords:
Aortic aneurysm
Abdominal aorta
Endovascular aneurysm repair
Short neck
Chimney technique

R E S U M E N

Los aneurismas de aorta yuxtarenales representan entre 10-15% de los aneurismas de aorta abdominal, disponiendo de tratamiento con endoprótesis ramificadas y fenestradas. Su principal limitación implica un período de manufactura no aplicable en el tratamiento urgente, siendo la «técnica de chimenea» (Ch-EVAR) una alternativa endovascular, mediante la colocación de endoprótesis convencional sobre stents recubiertos, con el fin de obtener una zona adecuada de sellado proximal y mantener la permeabilidad de las arterias viscerales. Presentamos el caso de un varón de 82 años que acude a urgencias con dolor abdominal lancinante, inestabilidad hemodinámica y tensiones no controlables con medicación. En la exploración se palpó una masa pulsátil centro-abdominal, con pulsos en todas las extremidades. En la angio-TC se confirmó un aneurisma de aorta yuxtarenal de 81,5 × 80 mm de diámetro. Dado el alto riesgo quirúrgico, las características anatómicas y la necesidad de un tratamiento precoz, se planteó un abordaje mediante exclusión endovascular con técnica Ch-EVAR. El paciente evolucionó de forma favorable con disfunción renal aguda que se corrigió sin incidencias. El control angiográfico evidenció un buen resultado morfológico del procedimiento.

Concluimos que un 30-40% de los aneurismas de aorta abdominal complicados de urgencia no cumplen los criterios anatómicos para tratamiento endovascular convencional, siendo el cuello proximal corto la principal limitación. La técnica Ch-EVAR supone una alternativa posible en pacientes con alto riesgo quirúrgico, anatomía desfavorable y necesidad de tratamiento urgente con una mortalidad a corto y medio plazo similar al tratamiento con endoprótesis fenestradas y ramificadas.

© 2018 Sociedad Española de Cirugía Torácica-Cardiovascular. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Usefulness of the “chimney” technique in the emergency treatment of abdominal aortic aneurysms with unfavorable anatomy

A B S T R A C T

The juxtarenal aortic aneurysms account for between 10-15% of the abdominal aortic aneurysms, and are usually treated with branched and fenestrated endoprotheses. Their main limitation is that the period of manufacture is unacceptable in urgent treatment, with the “chimney technique” endovascular aneurysm repair (Ch-EVAR) being an alternative. This involves the placing of a conventional endoprosthesis on covered stents, in order to obtain a suitable zone of proximal sealing and maintain the permeability of the visceral arteries. The case is presented on an 82 year-old man who was seen in the emergency department with a stabbing abdominal pain, haemodynamic instability, and high blood pressure uncontrollable with medication. On examination, a pulsating central-abdominal mass was palpated, with pulses in all the extremities. In the angio-CT scan showed a juxtarenal aortic aneurysm of 81.5 × 80 mm in diameter. Given the high surgical risk, the anatomical characteristics, and the need for early treatment, an approach by means of endovascular exclusion with a Ch-EVAR technique was proposed. The patient progressed favourably, but with an acute renal dysfunction that was corrected without incident. The angiographic follow-up scan showed a good morphological result of the procedure.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: azasa89@hotmail.com (A. Fernández Carbonell).

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2017.12.039>

1134-0096/© 2018 Sociedad Española de Cirugía Torácica-Cardiovascular. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

It can be concluded that 30-40% of emergency abdominal aortic aneurysms do not meet the anatomical criteria for conventional endovascular treatment, with the short proximal neck being the main limitation. The Ch-EVAR technique is a possible alternative in patients with high surgical risk, an unfavourable anatomy, and a need for urgent treatment, and has a short and medium term mortality similar to treatment with fenestrated and branched stents.

© 2018 Sociedad Española de Cirugía Torácica-Cardiovascular. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Los aneurismas de aorta juxtarenales representan entre el 10% y el 15% de todos los aneurismas de aorta abdominal (AAA). En cuanto al tratamiento endovascular mediante endoprótesis fenestradas o ramificadas resultan ser una alternativa equiparable a la cirugía convencional. Sin embargo, no llega ser del todo efectivo en el contexto de una urgencia, debido a su mayor coste, así como complejidad y período de manufactura¹. Es por eso que se dispone en la actualidad de nuevas alternativas endovasculares, como es la técnica de «chimenea» (Ch-EVAR).

El tratamiento «tipo sándwich o chimenea» fue descrito en 2003 por Greenberg²; se basa en la colocación de stents en las arterias viscerales en paralelo al eje principal del cuerpo de la endoprótesis, permitiendo así que el cuello proximal de la misma se ubique en una porción más proximal de la aorta, extendiendo así la zona de sellado, pero sin perjudicar el flujo sanguíneo hacia las ramas viscerales³. El número de chimeneas empleadas en el procedimiento oscila de una hasta 4, atendiendo al número de arterias viscerales abdominales involucradas en la extensión del aneurisma, recomendando la utilización de un máximo de 2 chimeneas⁴.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 82 años que acude a urgencias por un cuadro de dolor abdominal lancinante, con inestabilidad hemodinámica y tensiones no controladas con medicación.

Como antecedentes de interés destacan: alergia a penicilina, IAM con stents farmacoactivos, HTA y úlceras gástricas con antecedentes de HDA. En la exploración vascular se palpó una masa pulsátil expansiva centroabdominal, con pulsos presentes en todas las extremidades. En la analítica preoperatoria presentó una hemoglobina de 13,2 g/dl y creatinina de 1,1 mg/dl.

Se realizó un angio-TC objetivándose un AAA que se extiende desde caudal a la salida de la arteria mesentérica superior hasta la bifurcación ilíaca. Con las siguientes medidas: cráneo-caudal de 140 mm, corte axial máximo a nivel infrarenal $81,5 \times 80$ mm; cuello hasta el origen de la arteria mesentérica superior de 6 mm con una angulación de 45° y al origen del tronco celíaco de 19 mm (figs. 1-3).

Se consideraron las diferentes opciones terapéuticas: 1) tratamiento quirúrgico convencional; 2) tratamiento endovascular con el implante de endoprótesis fenestrada o ramificada; 3) tratamiento endovascular con el implante de endoprótesis por la técnica Ch-EVAR para la preservación de las arterias viscerales.

La primera opción (tratamiento quirúrgico convencional) fue considerada como inviable, debido a la fragilidad del paciente, con criterios de alto riesgo quirúrgico (tabla 1)⁵. La segunda opción se consideró adecuada atendiendo a las características del paciente, pero por la necesidad de urgencia en el procedimiento se desestimó debido a la complejidad, el coste y período de manufactura requerido de entre 6-10 semanas. Por tanto, a pesar de que el tratamiento no era considerado emergente por la ausencia de señal de rotura, por los hallazgos clínicos y las pruebas de imagen, y dada la

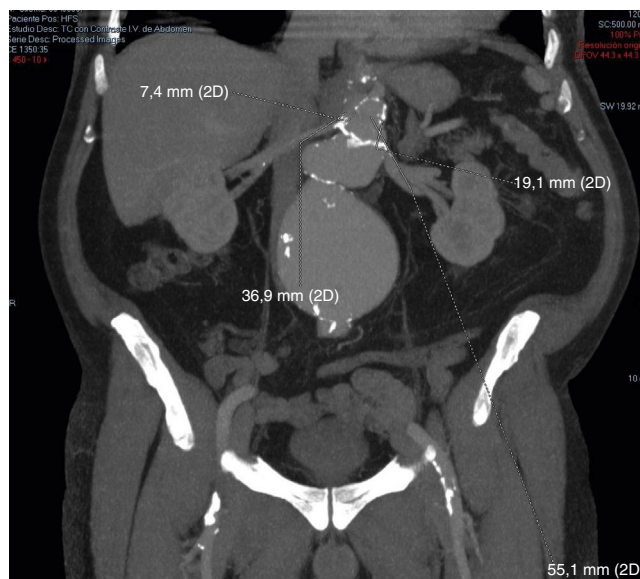


Figura 1. Angio-TC de aorta abdominal (corte axial). Corte axial de la aorta abdominal, con morfología tortuosa y ateromatosa. Se evidencian 2 aneurismas, uno al nivel de la aorta suprarenal y otro al nivel de la aorta infrarenal. A nivel diafragmático la aorta mide aproximadamente 36 mm de eje transversal, alcanzando al nivel suprarenal un diámetro máximo de aproximadamente 55×41 mm (eje transversal y anteroposterior respectivamente). El de la aorta infrarenal mide aproximadamente $81,5 \times 80$ mm (eje transversal y anteroposterior respectivamente).



Figura 2. Angio-TC de aorta abdominal (corte sagital). Se visualiza un aneurisma sacular de la aorta abdominal, involucrando las arterias renales, y un aneurisma fusiforme (80 mm) de la aorta abdominal debajo del nivel de las arterias renales.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8658385>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8658385>

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