

RESUMEN CASO CLÍNICO

TÍTULO

TRATAMIENTO DE ANEURISMA DE ARCO AÓRTICO DISTAL MEDIANTE DEBRANCHING EXTRANATÓMICO Y ENDOPRÓTESIS BIMODULAR CON RAMA PARA TRONCO BRAQUICEFÁLICO.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Varón de 84 años y alto riesgo quirúrgico por las siguientes comorbilidades: Hipertensión, arterial dislipemia, angina estable, insuficiencia cardíaca grado II de la New York Heart Association, fibrilación auricular, linfoma de Hodking y tratamiento quirúrgico abierto de aneurisma de aorta abdominal infrarrenal mediante injerto recto de Dacron.

Presenta aneurisma de arco aórtico distal de 8 cm que involucra el origen de las arterias carótida común y subclavia izquierdas sin segmento apto para sellado en zonas 1, 2 ni 3 de la aorta. Además, presenta oclusión crónica del eje axilo-humeral izquierdo. Se realiza tratamiento en dos tiempos del aneurisma:

1ª intervención: derivación extranatómica retrofaríngea desde carótida común derecha a carótida común izquierda y desde carótida común izquierda a subclavia izquierda para preservación de flujo retrógrado en la arteria vertebral izquierda con injertos de politetrafluoroetileno expandido y ligadura de carótida común izquierda distal. Duración total del ingreso: 5 días; sin secuelas al alta.

2ª intervención: exclusión endovascular del aneurisma mediante endoprótesis bimodular con sellado en zona 0 y rama accesoria para el tronco braquiocefálico. Duración total del ingreso: 9 días; sin secuelas al alta.

Seguimiento: Reingreso al 8º día tras el segundo procedimiento por aracnoiditis espinal secundaria a dispositivo de drenaje de líquido cefalorraquídeo. En las sucesivas angiotomografías de control se objetiva fuga retrógrada al saco desde arteria subclavia izquierda en el 1er mes, que se resuelve espontáneamente al 3er mes.

COMENTARIO FINAL

Las endoprótesis de arco aórtico con ramas posibilitan la reparación de la patología aneurismática localizada en el arco aórtico y la aorta descendente proximal sin segmento apto para sellado en las zonas 1, 2 ni 3 de la aorta en pacientes de alto riesgo quirúrgico. Sin embargo, se trata de técnicas complejas, que requieren de una minuciosa planificación y conocimiento de técnicas endovasculares avanzadas.