

Tratamiento Aortomonoiliaco con endoprótesis Excluder®



Unidad de Angiología
y Cirugía Vascular



Nilo J Mosquera
F Javier Molina
Anabel Barrios
Ramón F Lebrato
Ignacio Garcia
Gracia R Feijoo

Sesión Casos Clínicos SGACV
Santiago de Compostela, 11 Enero 2008

Paciente mujer de 73 años a seguimiento en C Externas por presentar AAA 4 cm de diámetro máximo infrarrenal

Otros antecedentes personales:

Alergia contraste yodado (dudosa)

Cardiopatía isquemia con disminución FE

PCR tras presentar FV en este contexto

FA crónica anticoagulada con Sintrom®

Insuficiencia mitral moderada

Insuficiencia aórtica y tricuspídea leve

Colitis ulcerosa

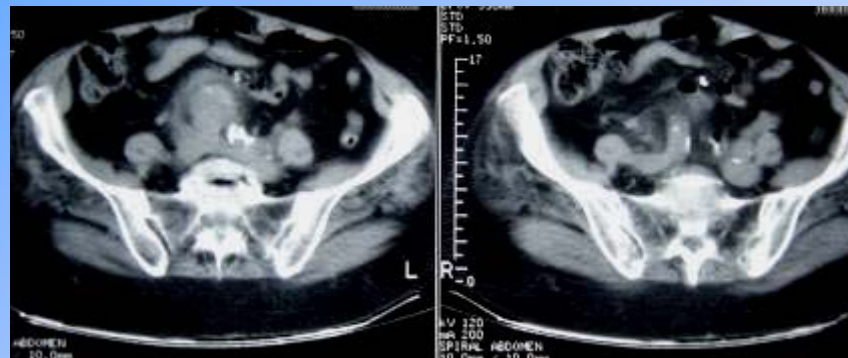
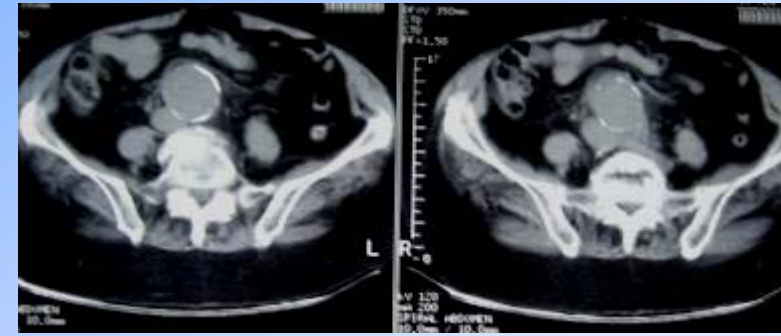
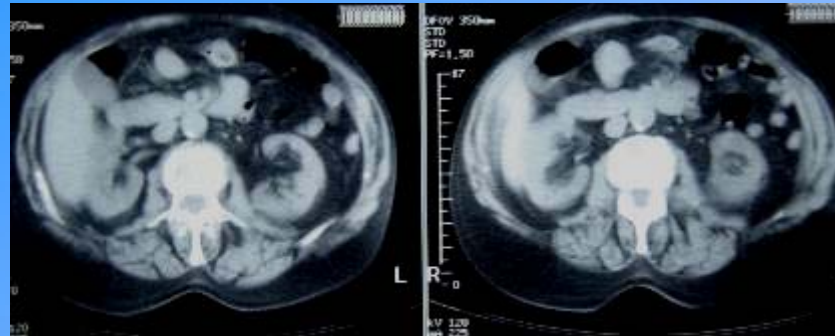
Acude a Urgencias por presentar dolor abdominal en fosa ilíaca derecha sin datos de irritación peritoneal o clínica general



- 1. TC Cortes cada 3 mm Sin Contraste:** AAA infrarrenal, 5.4 mm diámetro máximo, cuello 2,5 cm, aneurisma AIC Izqda 23 mm
- 2. Arteriografía centimetrada Gadolinio:** Complementa datos TC; AAA infrarrenal e ilíaco Izqdo morfológicamente válido para tto endovascular.
- 3. Preoperatorio habitual:** Paciente de alto riesgo cardiológico para CAR

TC milimetrado sin Contraste

Sesión Casos Clínicos SGACV
Excluder Aortomonoiliaca



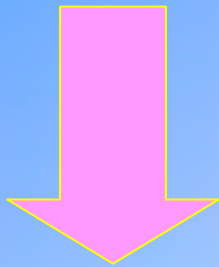
Unidad de Angiología
y Cirugía Vascular



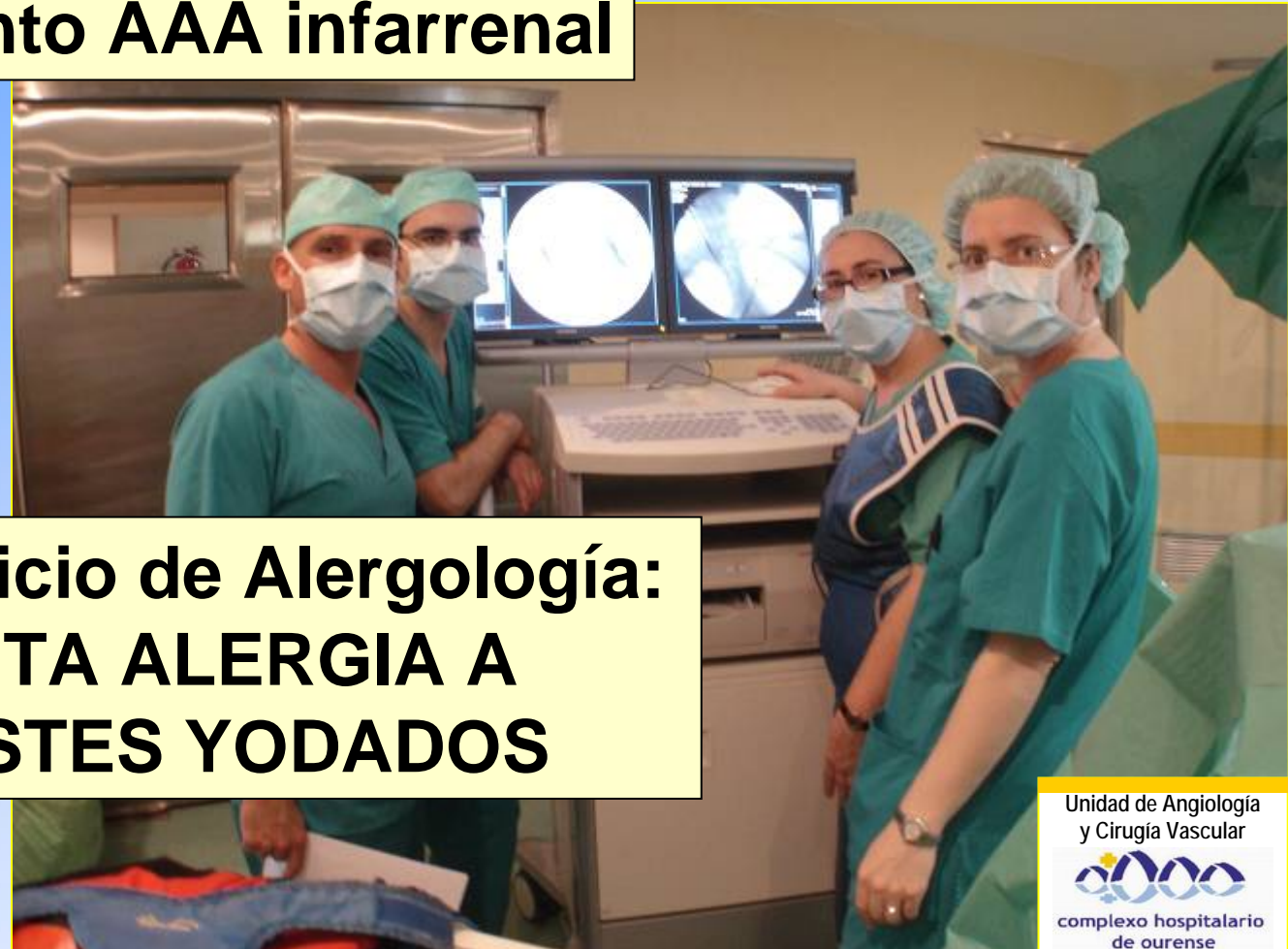
complejo hospitalario
de ourense

1. AAA Sintomático de rápido crecimiento
2. Paciente de 73 años
3. Elevado riesgo quirúrgico
4. Morfológicamente válido para endoprótesis:
confirmado por gabinete de medición de WL Gore

**Endoprótesis Excluder®
para tratamiento AAA infarrenal**



**Estudio Servicio de Alergología:
DESCARTA ALERGIA A
CONTRASTES YODADOS**

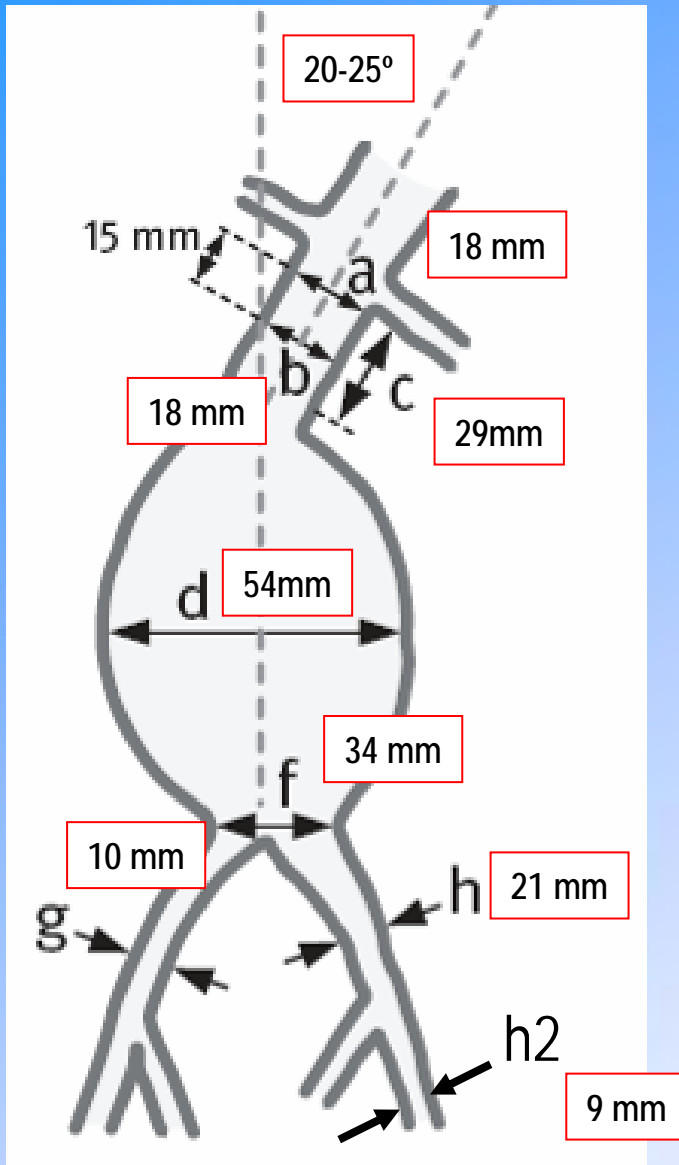


Unidad de Angiología
y Cirugía Vascular



complejo hospitalario
de ourense

Planificación



Angulación: 20-25°

Mediciones:

a: 18 mm

b: 18 mm

c: 29 mm

d: 54 mm

f: 34 mm

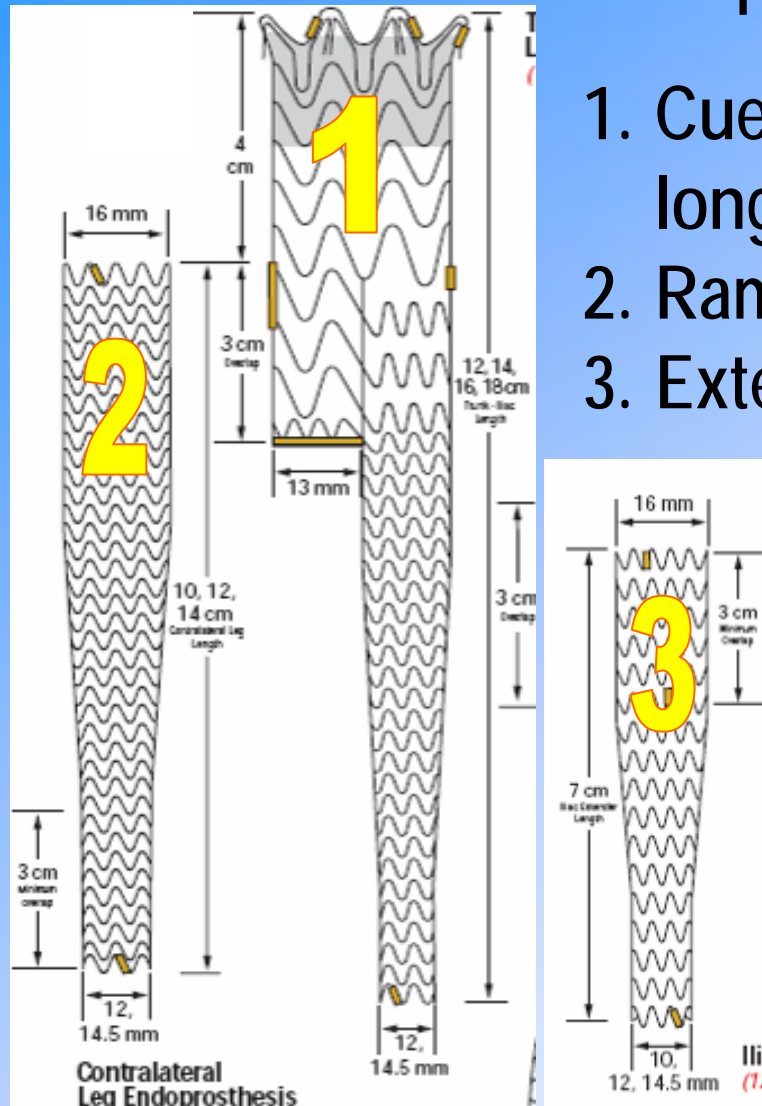
g: 10 mm

h: 21 mm

h2: 9 mm

Endoprótesis:

1. Cuerpo/rama ipsilateral: 23-12 (18 cm long).
2. Rama contralateral: 16-14.5 (14 cm long)
3. Extensor ilíaco: 16-12 (7 cm long)



Acceso femoral Izqdo (Cuerpo)

Anclaje distal AIE Izqda y AIC Dcha

Embolización hipogástrica Izqda

Unidad de Angiología
y Cirugía Vascular


complejo hospitalario
de ourense

Embolización hipogástrica

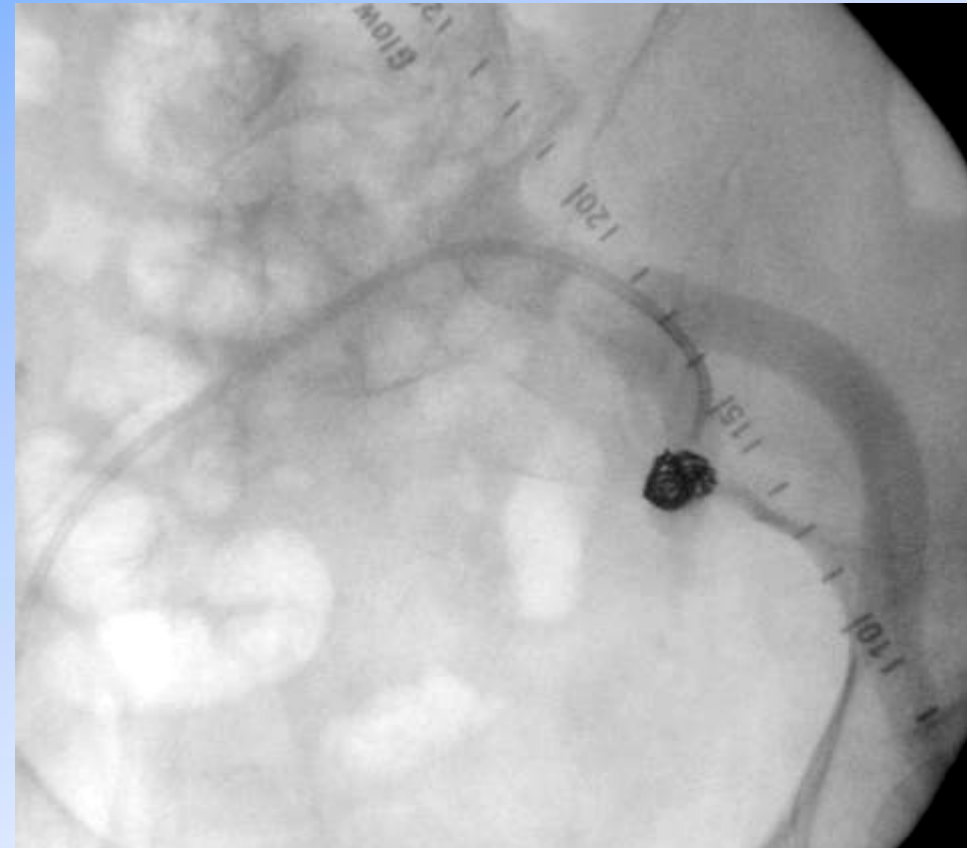
Sesión Casos Clínicos SGACV
Excluder Aortomonoiliaca

Acceso femoral contralateral

Implante 4 coils 0.035" fibered
coil® (Boston Scientific)

Oclusión aprox 2 cm de ostium
All Izqda (Ostium ectásico)

**Observación 5 días
Asintomática**





Acceso,
diagnóstico y
posicionamiento
del cuerpo de la
endoprótesis



Acceso,
diagnóstico y
posicionamiento
del cuerpo de la
endoprótesis



Acceso,
diagnóstico y
posicionamiento
del cuerpo de la
endoprótesis

Unidad de Angiología
y Cirugía Vascolar

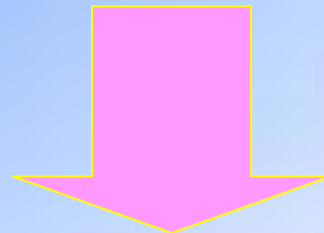


complejo hospitalario
de ourense

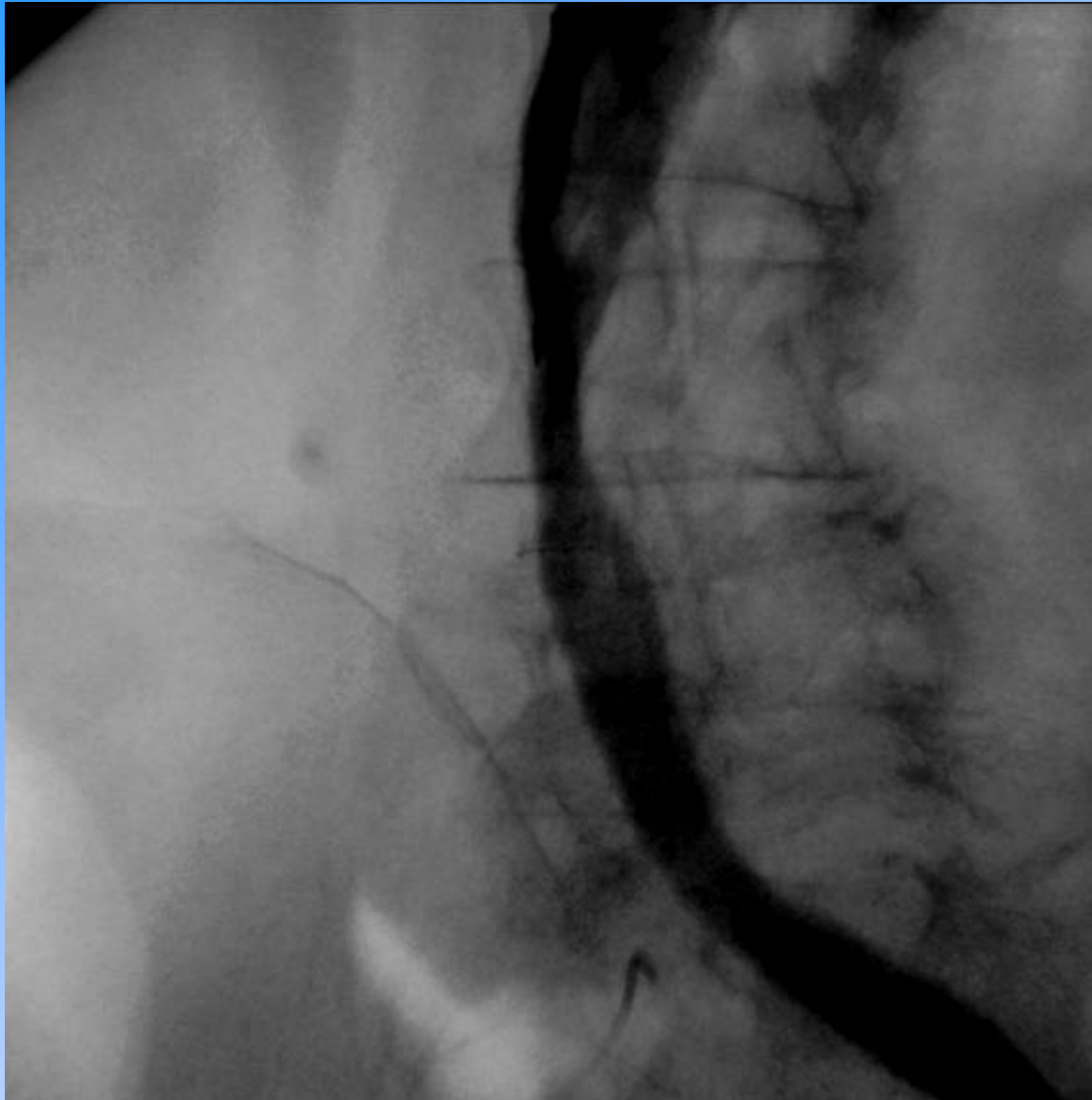
Despliegue de Cuerpo endoprotésico: CORRECTO.

Implante de extensor ilíaco: CORRECTO.

Cateterización de rama contralateral: IMPOSIBLE



Sospecha de compromiso de espacio
para despliegue completo de muñón
contralateral



Estenosis y
colapso de muñon
contralateral

Proyección oblicua

Excluder
Aortomonoilíaca

Sin endofugas

Endoprótesis:

1. Muñón contralateral no sellado: posible fuga tipo III.
2. Excluder no tiene conversor aortomonoiliaco.

Paciente:

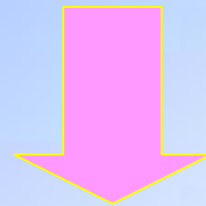
1. Eje derecho sin flujo directo
2. Endofuga retrógrada AIC/All derechas (SIN OCLUSOR)
3. Hipogástrica izqda embolizada: mantener permeabilidad de la derecha.
4. Pulso femoral izquierdo débil (estenosis rama)
5. Riesgo quirúrgico de la conversión.

1. Conversión a cirugía abierta
2. Conversión AORTOMonoiliaco (Talent/Zenith): NO DISPONIBLE.
3. Reconstrucción flujo:
 1. Eje Izqdo: dilatación de rama estenosada
 2. Eje derecho: by-pass cruzado femoro-femoral
4. Endofuga retrógrada derecha
 1. Ocluser ilíaco: NO DISPONIBLE
 2. Ligadura AFC dcha: Permeabilidad HIPOGASTRICA
 3. Ligadura AIC dcha extraperitoneal: Riesgo quirúrgico.

Intervención: DECISIÓN.

Sesión Casos Clínicos SGACV
Excluser Aortomonoiliaca

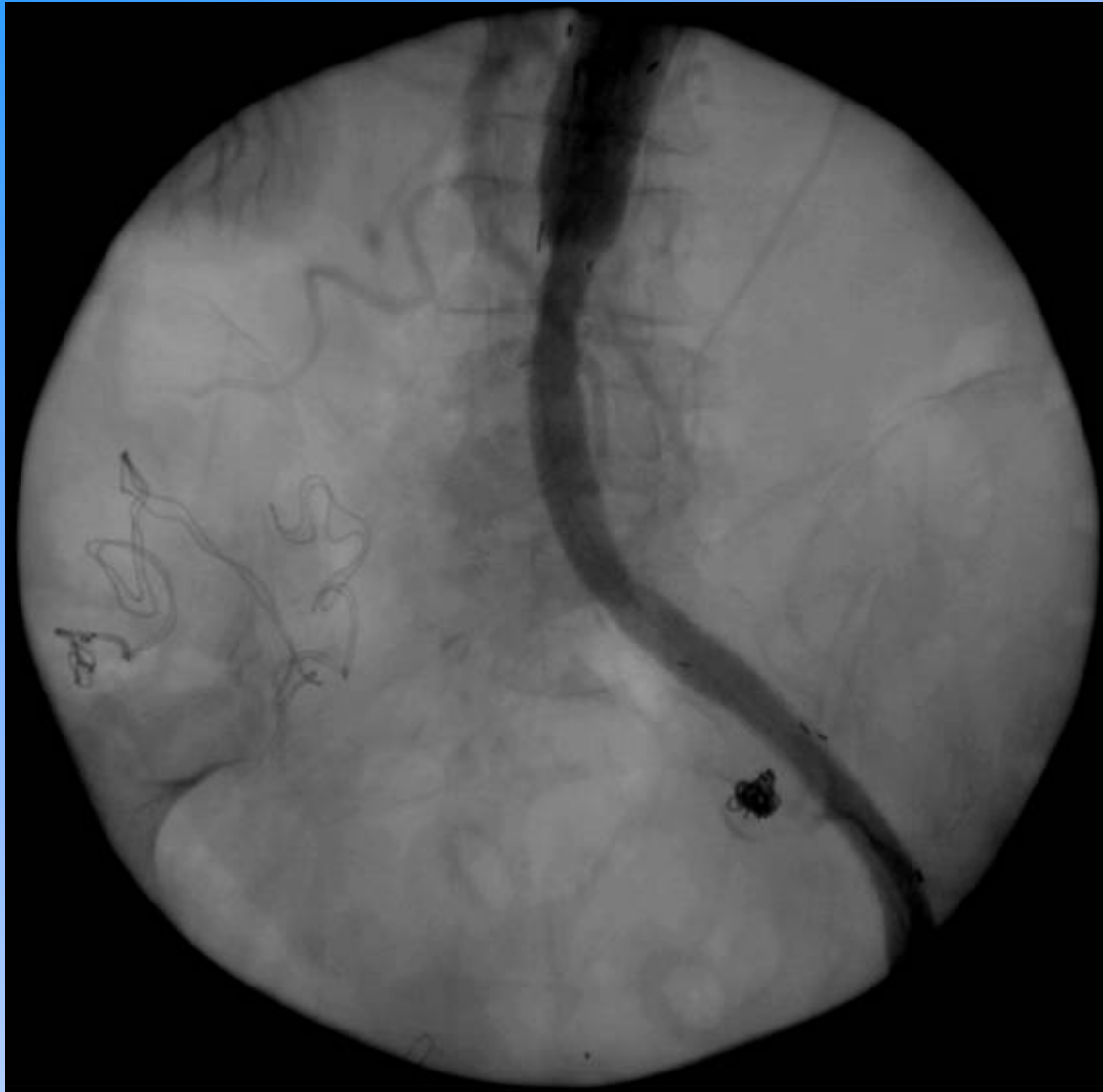
1. Angioplastia de rama derecha estenosada con balón de 14 mm.
2. Ligadura de AIC derecha mediante miniacceso retroperitoneal derecho.
3. Reconstrucción de flujo mediante by-pass cruzado femoro-femoral. (PTFE anillado 8 mm)



Conversión a Talent® Aortomonoilíaca si endofuga o complicación postoperatoria

Intervención: resultado final

Sesión Casos Clínicos SGACV
Excluser Aortomonoiliaca



Exclusión aneurisma

Buen flujo femoral IZ

No endofugas

Unidad de Angiología
y Cirugía Vascular



complejo hospitalario
de ourense

Complicaciones

1. Hematoma de pared que requirió drenaje y transfusión.
2. Dehiscencia superficial de heridas inguinales que evolucionó favorablemente con tratamiento conservador.
3. Dehiscencia de herida abdominal que requirió resutura y desbridaje postoperatorio.

Asintomática clínicamente.

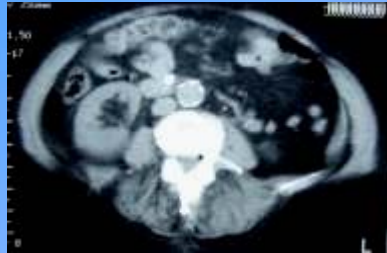
TC Control a la 48 h de intervención y a los 45 días mostrando exclusión de aneurisma y ausencia de endofugas.

Injerto femoro-femoral permeable.

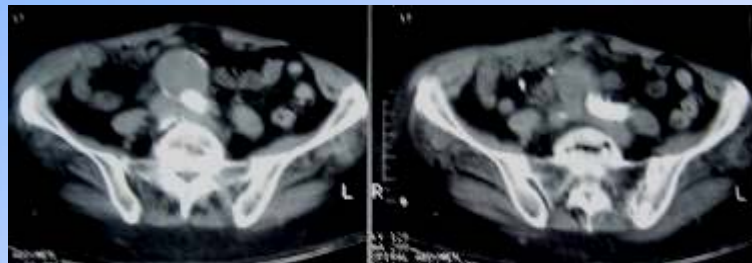
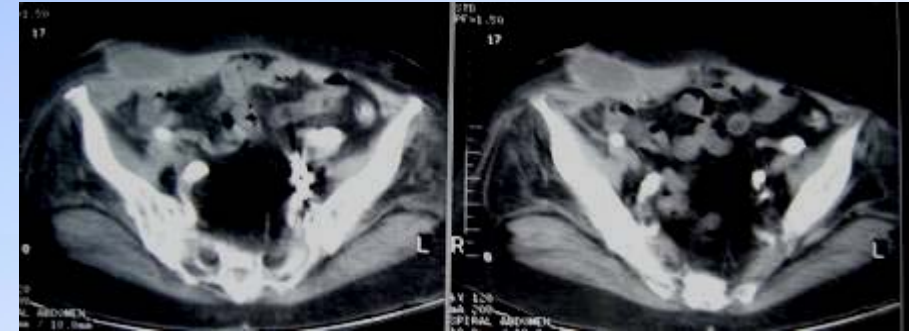
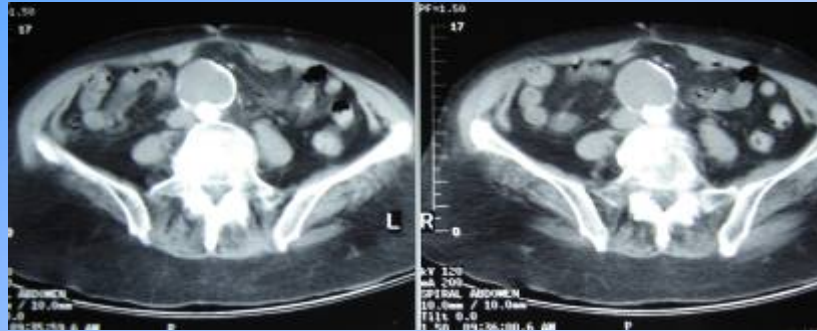
Control postquirúrgico

Sesión Casos Clínicos SGACV
Excluser Aortomonoiliaca

TC 48h



TC 45d





Grave complicación intraoperatoria

Error de planificación: MEDICIONES

Evolución clínica incierta y posibilidad futura

Opción terapéutica

Tratamiento Aortomonoiliaco con endoprótesis Excluder®

Unidad de Angiología
y Cirugía Vascolar

complejo hospitalario
de ourense

Nilo J Mosquera
F Javier Molina
Anabel Barrios
Ramón F Lebrato
Ignacio Garcia
Gracia R Feijoo

