

Manejo endovascular de la obstrucción de las arterias ilíacas

Dr. Esteban Aguillón R.

Cirujano vascular e intervencionista, médico de staff del Hospital Nacional Zacamil, El Salvador.
E-mail: jreaguillon@yahoo.com

La enfermedad de las arterias ilíacas ocupa un tercio de las enfermedades arteriales obstructivas de los miembros inferiores. Actualmente su tratamiento endovascular es técnicamente factible, gracias al advenimiento de materiales dilatadores como balones y stents autoexpandibles (1). También cabe mencionar la técnica de angioplastia sub-intimal utilizada en el caso del paciente que presentamos a continuación (2, 3).

Reporte de caso:

Paciente masculino en la sexta década de la vida con historia de tres meses de evolución de dolor en reposo en el miembro inferior derecho y cambios graduales en la coloración del pie. Como único antecedente importante, tabaquismo de 20 cigarros al día desde hace 30 años.

El examen físico mostraba una coloración violácea del halux y talón del pie derecho, el pulso femoral derecho prácticamente ausente y el pulso femoral izquierdo disminuido.

La angiografía demostró una oclusión de la arteria ilíaca común derecha y la arteria ilíaca externa derecha. En el lado izquierdo presentaba una estenosis mayor del 70% en el origen de la arteria ilíaca externa izquierda (Fig. 1 y 2). La arteria femoral derecha presentaba oclusión con llenado de la arteria poplítea ipsilateral por colaterales provenientes de la arteria femoral profunda. Distalmente había compromiso de vasos infrapoplíteos. El paciente reunía los requisitos para considerarlo una isquemia crítica del miembro inferior derecho con riesgo de amputación.

Procedimiento:

Se preparó al paciente con ayuno, hidratación con solución salina normal y profilaxis con Cefuroxima (1.5 gr. EV). Luego bajo sedoanalgesia y anestesia local se puncionaron ambas arterias femorales (previamente localizadas y marcadas con doppler) de manera retrograda. Posteriormente se utilizaron introductores 6 fr.



Fig. 1

Para evaluar el abordaje de la lesión y considerar una recanalización sub-intimal se tomó un aortograma distal y una angiografía retrógrada de la arteria ilíaca externa derecha. Debido a que no fue posible recanalizar retrógradamente la lesión, ésta fue abordada contralateralmente utilizando un catéter Simmons 5 fr. y una guía Roadrunner 0.035cm x 260 cm (Cook, EE.UU.). Una vez lograda la disección sub-intimal de la lesión y la heparinización en

bolo, se procedió a pasar el balón de angioplastia de 6 mm. x 80 mm., con lo que se efectuó la angioplastia sub-intimal de la arteria ilíaca común derecha y la arteria ilíaca externa derecha con una presión de 10 ATM.

Obteniendo un resultado favorable, se procedió a liberar dos stents Aurora de 7 mm. x 80 mm., y 6 mm. x 80 mm. los cuales se traslaparon en el centro de la lesión. La angiografía control fue satisfactoria (Fig. 3). Previamente al retiro del sistema se efectuó también una angioplastia de la arteria ilíaca externa izquierda.

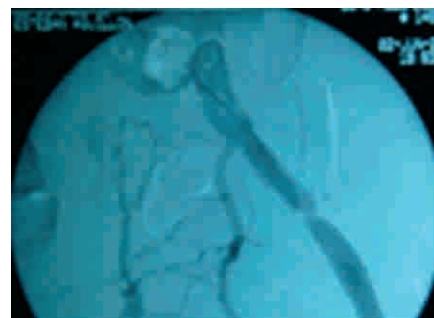


Fig. 2. Angiografía inicial.

La evolución del paciente fue satisfactoria ya que recobró la coloración normal en el pie y no fue necesario realizar una amputación. El paciente fue dado de alta 24 horas después del procedimiento. Sus medicamentos al momento del alta fueron heparina de bajo peso molecular durante 6 días, y Clopidogrel y Aspirina de manera permanente.

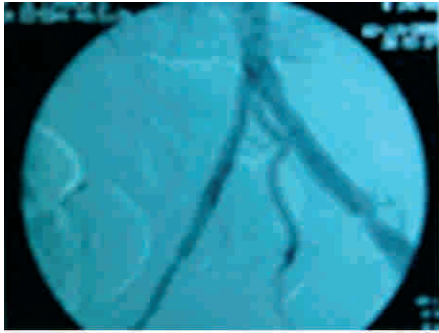


Fig. 3. Angiografía control

Discusión

En las lesiones arteriales complejas, como en el caso de este paciente, en las que coexisten lesiones proximales y distales, la revascularización por medio de *bypass* quirúrgico tiene pocas probabilidades de éxito debido al marcado compromiso de las arterias distales que incrementan la resistencia al mismo.

En estos casos los procedimientos endovasculares permiten, con un mínimo de morbilidad comparado a la cirugía

abierta, mejorar la calidad de vida de los pacientes.

En el caso particular del paciente aquí presentado, la disección sub-intimal fue la mejor opción por la extensión de la obstrucción. El uso de stents además disminuye el riesgo de embolización distal de fragmentos de placa y la reoclusión temprana de la lesión.

Algo muy importante en estos casos es el uso de fluoroscopia digital (idealmente con brazo en "C", ya que permite manejar volúmenes menores de material de contraste) utilizando el programa de Road Mapping que garantiza ubicar de una manera más precisa los dispositivos (stents, filtros, etc.) antes de ser liberados.

En resumen la terapia endovascular aplicada a las lesiones ilíacas es factible en El Salvador y debe considerarse en aquellos pacientes en que la cirugía abierta está contraindicada, ya sea por complicaciones médicas o cuando técnicamente no es factible realizar un *bypass*.

Referencias

1. Leung DA, Spinosa DJ, et al. selection of stents for treating Iliac Arterial Occlusive Disease. *jvasc interv radiol* 2003; 14: 137-152.
2. Bolia Amman, Bell prf. Subintimal angioplasty en *Textbook of endovascular procedures*, Editorial Nicholson, Wilson. NY, Churchill Livingstone, 2000, pág. 126-150.
3. Bolia A, Fishwick, G. Recanalization of Iliac Artery occlusion by subintimal dissection using the ipsilateral or the contralateral approach en *clin radiol* 1997; 52: 684- 687.

Terapia Endovascular Cerebral

Dr. José Zanoni Yada
Neurocirujano - Neurointervencionista

Diagnóstico y tratamiento de malformaciones arteriovenosas cerebrales, aneurismas y enfermedades de la arteria carótida sin cirugía.

Miembro de:

- Sociedad Ibero – Latinoamericana de neuroradiología.
- Federación Mundial de Neuroradiología intervencionista terapéutica.
- Asociación de Neurocirugía de la lengua francesa

Instituto de Neurociencias, Edif. Villavicencio Plaza, Segundo Nivel, entre 99 Ave. Nte. y Paseo General Escalón, San Salvador, El Salvador.

E-mail: dr.yada@saltel.net www.derrame.net

Tel.: 2264-2472, 2264-5183, 2263-6398 • Cel.: 7885-0592

