

CARTAS CIENTÍFICAS

Resolución endovascular paliativa de fístula arteriovenosa ílio-iliaca secundaria a aneurisma iliaco, con endoprótesis Excluder en el segmento venoso

Paliative endovascular repair of ilio-iliac arterio venous fistula secondary to iliac aneurysm, with an Excluder stent in the venous segment

G.F. Núñez De Arenas Baeza*, J.V. González Herraiz, F.J. Dieguez Rascón, A. García León y J. Haurie Girelli

Departamento de Angiología, Cirugía Vascul ar y Endovascular, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla, España

Recibido el 21 de febrero de 2011; aceptado el 14 de junio de 2011
Disponible en Internet el 30 de julio de 2011

La fístula arteriovenosa (FAV) primaria es una complicación inhabitual del aneurisma de aorta abdominal (AAA). Presentamos un caso clínico de un paciente pluripatológico, diagnosticado de un AAA y de un aneurisma de iliaca común bilateral, complicado con una FAV entre el aneurisma de iliaca común izquierdo y la vena iliaca común izquierda, al que de forma paliativa se le realizó una exclusión endovascular exitosa de la FAV con la colocación de una endoprótesis recubierta Excluder a nivel de la vena iliaca común.

Se trataba de un paciente de 70 años con antecedentes personales de carcinoma epidermoide pulmonar en tratamiento con quimioterapia paliativa, insuficiencia renal crónica (creatinina basal 3,27 mg/ dl), hipertensión arterial, cardiopatía hipertensiva, amputación traumática supracondílea del miembro inferior izquierdo 35 años atrás y un AAA conocido desestimado para tratamiento quirúrgico por alto riesgo y escasa esperanza de vida. Presentaba disnea de moderados esfuerzos.

Ingresó por edema y dolor no controlado con analgésicos al nivel de muñón de amputación supracondílea izquierda. En la exploración llamaba la atención la masa pulsátil abdominal y el muñón de amputación tumefacto a la tensión. En el ecodoppler venoso se evidenció flujo arterial en la vena femoral común izquierda. La angio-TAC puso de manifiesto un AAA complicado. El diámetro máximo de la aorta abdominal era de 5 cm, con un cuello menor de 10 mm con abundante trombo, y el diámetro máximo de la arteria iliaca común izquierda de 8,5 cm, con conexión directa a la vena iliaca común izquierda. Se detectó contraste en fase arterial en la vena iliaca externa, la vena iliaca común y la cava (fig. 1A). El diámetro de la vena iliaca común izquierda proximal a la fístula era de 11 mm y el distal de 13 mm.

Se desestimó la exclusión endovascular convencional por las condiciones anatómicas del aneurisma, la insuficiencia renal crónica del paciente y la corta esperanza de vida. Tampoco existía cuello adecuado en el aneurisma iliaco para realizar una exclusión selectiva del mismo.

El síntoma predominante era el edema y el dolor intenso al nivel del muñón de amputación, difícilmente controlable con analgésicos opiáceos. Por ello, se decidió realizar un tratamiento endovascular paliativo, tratando de cerrar únicamente la FAV sin reparar el AAA, colocando un stent

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: guillermobaeza@yahoo.es
(G.F. Núñez De Arenas Baeza).



Figura 1 Angio-TAC (A) y angiografía intraoperatoria (B): AAA complicado con FAV ílio-iliaca izquierda, con flujo preferente a la vena iliaca externa.

recubierto a través del segmento venoso, ocluyendo la entrada de flujo en la vena iliaca común izquierda.

El procedimiento se realizó de forma percutánea. Se colocaron dos introductores de 5 F: uno a nivel de arteria femoral común derecha y otro a nivel de vena femoral común izquierda, con evidente flujo pulsátil. Se realizaron angiografías seriadas por un catéter *pigtail* en bifurcación aórtica y el introductor venoso, con las que se objetivó la gran FAV del aneurisma iliaco con la vena iliaca común izquierda (fig. 1B). A través del introductor venoso izquierdo se procedió a la cateterización de la vena iliaca común proximal y la vena cava, tras lo cual se colocó una guía de alto soporte. Se retiró el introductor venoso en la ingle izquierda y se progresó un introductor de 12 F (Gore®) hasta la cava inferior. Seguidamente se procedió a la realización de series angiográficas por este introductor hasta la identificación de la FAV (fig. 2A), colocándose un *stent* recubierto Excluder (Gore®) de 16-14/70 mm a nivel del segmento venoso (fig. 2B). En los controles angiográficos realizados, tanto por acceso arterial como venoso, se evidenció una oclusión completa de la FAV (fig. 2C-D). Se realizó compresión manual de las punciones. Se utilizaron 70 ml de contraste.

El dolor desapareció pocas horas tras el procedimiento, y el edema mejoró de forma progresiva. En las revisiones realizadas en los sucesivos meses el paciente continuó asintomático (sin dolor en el muñón y sin dolor abdominal). Únicamente se realizó control ecográfico a las 8 semanas

del procedimiento, no evidenciándose flujo arterial en la vena femoral común, iliaca externa ni en la cava. No se realizaron controles con angio-TAC por la ausencia de clínica asociada y por el riesgo de empeorar la insuficiencia renal crónica avanzada. Tres meses después del procedimiento el paciente falleció por complicaciones secundarias de su enfermedad neoplásica. No hubo complicaciones asociadas del aneurisma durante este periodo.

La FAV primaria es una complicación inhabitual del AAA. El tratamiento de elección consiste en la reparación quirúrgica o endovascular del aneurisma^{1,2}. La reparación abierta se asocia a altas tasas de morbilidad y mortalidad¹. Hay un elevado riesgo de pérdidas sanguíneas, de embolismos a la circulación pulmonar y un aumento de complicaciones cardiorrespiratorias en relación con el estado hiperdinámico. La reparación endovascular es una opción efectiva y segura, con buenos resultados a corto y a medio plazo².

Se plantea un grave problema cuando el paciente es de elevado riesgo quirúrgico para la reparación abierta y el tratamiento endovascular estándar no puede realizarse por las condiciones anatómicas del aneurisma. Pensamos que la oclusión de la FAV por su segmento venoso con endoprótesis recubiertas puede ser utilizada de forma excepcional, como opción paliativa, en este tipo de pacientes. Esta técnica se ha empleado de forma exitosa previa a la reparación abierta del aneurisma, con el fin de disminuir sus posibles complicaciones³.

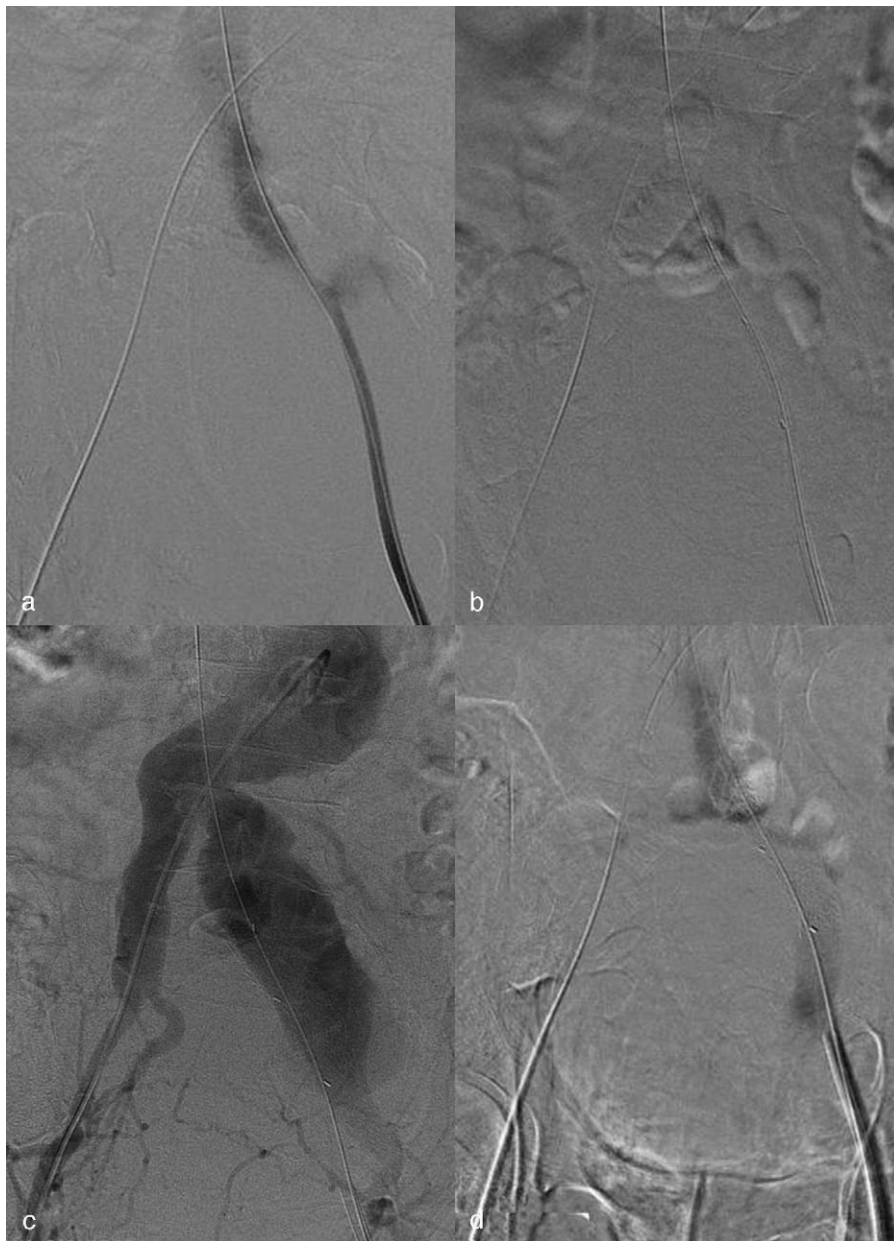


Figura 2 A. Cateterización selectiva de cava y localización de la fístula a través del introductor venoso. B. Progresión de la endoprótesis recubierta. C. Angiografía de control. D. Flebografía por el introductor venoso.

Bibliografía

- Schmidt R, Bruns C, Walter M, Erasmi H. Aortocaval fistula an uncommon complication of infrarenal aortic aneurysms. *Thorac Cardiovasc Surg.* 1994;42:208–11.
- Antoniou GA, Koutsias S, Karathanos C, Sfiroeras GS, Vretzakis G, Glannoukas AD. Endovascular Stent-Graft Repair of Major Abdominal Arteriovenous Fistula: A Systematic Review. *J Endovasc Ther.* 2009;16:514–23.
- Siepe M, Koeppel S, Euringer W, Schlensak C. Aorto-caval fistula from acute rupture of an abdominal aortic aneurysm treated with a hybrid approach. *J Vasc Surg.* 2009;49:1574–6.