

Tratamiento endovascular de la disección aórtica aguda tipo B a través de la aorta ascendente

Sr. Editor:

La cirugía de la disección aórtica aguda tipo B (DAAB) es compleja y tiene un riesgo alto de morbimortalidad. El tratamiento endovascular (TEV) ha comenzado a aplicarse recientemente en el síndrome aórtico agudo con prometedores resultados a corto y medio plazo¹⁻⁴. En determinados casos, la degeneración aterosclerótica grave del eje iliofemoral e iliaco puede constituir una contraindicación para la implantación de una endoprótesis¹. Presentamos un caso de TEV de una DAAB no complicada realizado a través de la aorta ascendente y sin circulación extracorpórea, en un paciente con enfermedad vascular periférica y gran probabilidad de experimentar una rotura aórtica durante el seguimiento.

Varón de 58 años, fumador, hipertenso e hipercolesterolémico, acudió a urgencias por dolor centrotorácico con cortejo vegetativo de 2 horas de evolución. La radiografía de tórax mostraba un ensanchamiento mediastínico, elongación aórtica y ausencia de derrame pleural. Las enzimas de necrosis miocárdica eran normales. En la angio-TC se observó una disección aórtica desde 1 cm por debajo del origen de la arteria subclavia izquierda hasta la bifurcación iliaca, con diámetro aórtico máximo de 42 mm e intensa aterosclerosis calcificada de aorta abdominal y del eje iliofemoral (fig. 2). Se realizó un cateterismo, y se apreciaron lesiones significativas en arteria circunfleja distal, iliaca derecha y femoral común izquierda. La ecografía intravascular con catéter Ultra ICETM[®] de 9 Fr y 9 MHz y consola Galaxy[®] (Boston Scientific Corporation, Wayne, NJ, Estados Unidos) confirmó que la puerta de entrada estaba distal a la salida de la arteria subclavia izquierda y la falsa luz parcialmente permeable. A los 11 días del diagnóstico, el paciente fue sometido a TEV. La intervención se llevó a cabo por medio de esternotomía media y sin circulación extracorpórea. Mediante un pinzamiento lateral de la pared anterior de la aorta ascendente se suturó un tubo de 10 mm de diámetro de Hemashield Platinum[™] (Boston Scientific Corporation, Wayne, NJ, Estados Unidos) terminolateral a la aorta (fig. 1A). A través de él se implantó una endoprótesis Talent[®] de 38 mm de diámetro y 11,4 cm de longitud (Medtronic/AVE, Santa Rosa, California, Estados Unidos) (fig. 1B). En la aortografía de control se comprobó que había flujo residual a través de la puerta de entrada que rellenaba parcialmente la falsa luz, por lo que se implantó proximalmente una extensión torácica de 38 mm de diámetro y 4,6 cm de longitud. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones. En la angio-TC realizada antes del alta, se observó una oclusión completa de la puerta de entrada sin relleno de la falsa luz, mientras que la arteria subclavia izquierda se rellenaba sólo parcialmente (fig. 2). A los 7 días del procedimiento, se dio de alta al paciente con ausencia de pulso radial izquierdo pero sin signos de isquemia, y 3 meses después permanece asintomático.

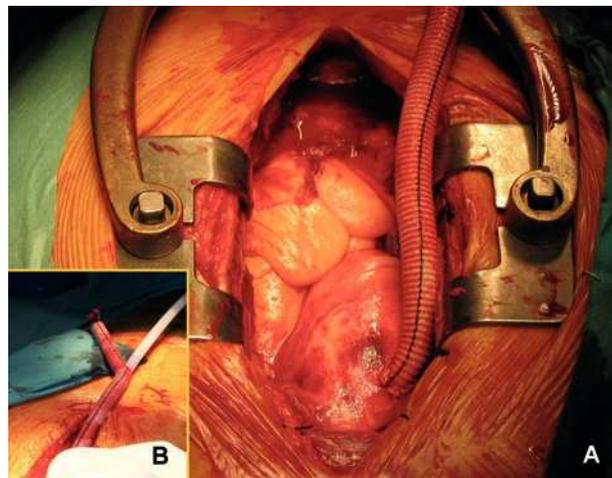


Fig. 1. Imagen intraoperatoria. A: tubo de Hemashield Platinum[™] suturado terminolateral a la aorta ascendente. B: progresión de la endoprótesis.



Fig. 2. Reconstrucción de la angio-TC preoperatoria (A) y postoperatoria (B).

El TEV ha surgido en los últimos años como una alternativa a la cirugía en DAAB complicadas, en las que consigue cerrar la puerta de entrada en un 90-100% de los casos^{1,2}. El caso que presentamos representa un ejemplo de aplicación del TEV en una DAAB sin evidencia de rotura, estrategia que creemos puede estar justificada en casos seleccionados. El pronóstico a medio plazo de las DAAB no complicadas tratadas de forma conservadora es malo, con un 27% de mortalidad, un 14-20% de aneurismas de la falsa luz, un 13% de necesidad de cirugía diferida y un 33% de incidencia de complicaciones graves a los 5 años⁵. El diámetro aórtico mayor que 40 mm y la presencia de una falsa luz permeable en la fase aguda se han mostrado como factores predictores de dilatación aórtica crónica y de eventos mayores durante el seguimiento en el análisis multivariable⁴⁻⁷. En nuestro caso, consideramos que la evolución tórpida del paciente, unida a la coexistencia de factores de riesgo, persis-

tencia de falsa luz parcialmente permeable y diámetro aórtico límite, justificaba el TEV para prevenir un evento fatal. Hasta la fecha, la evidencia científica que apoya esta estrategia no es consistente y habrá que esperar a que finalicen los estudios en marcha y a completar una serie más amplia y con mayor seguimiento para poder identificar a los pacientes que se pueden beneficiar de una estrategia intervencionista precoz.

Las lesiones ateroscleróticas calcificadas en el eje iliofemorales son una contraindicación relativa para el TEV por la dificultad y el riesgo que supone la progresión de la endoprótesis¹. La aorta abdominal, el arco aórtico, la arteria axilar y la carótida son posibles vías alternativas. Nuestro paciente tenía la aorta abdominal severamente calcificada por lo que desechamos este acceso. La técnica para la implantación de una endoprótesis por la aorta ascendente sin circulación extracorpórea fue descrita por Abad et al⁸, quienes la emplearon con éxito en un paciente con aneurisma de aorta descendente. Trabajar a través de un tubo protésico suturado terminolateral a la aorta permite introducir todo el material sin riesgo de dañar la pared y facilita la hemostasia una vez concluido el proceso, por lo que creemos es preferible a la cateterización directa de la aorta descrita por DeRose et al⁹. Nuestro caso demuestra que esta técnica también es aplicable en la DAAB, en la que creemos tiene las ventajas añadidas de que la endoprótesis se introduce en un segmento de aorta sana, se progresa de forma anterógrada, con lo que disminuye el riesgo de disección retrógrada y, al menos inicialmente, se tiene la certeza de que se introduce por la luz verdadera.

Evaristo Castedo^a, Javier Goicolea^b,
Santiago Serrano-Fiz^a y José R. Domínguez^b

^aServicio de Cirugía Cardiovascular. Clínica Puerta de Hierro. Madrid. España.

^bServicio de Cardiología. Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista. Clínica Puerta de Hierro. Madrid. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dake MD, Kato N, Mitchell RS, Semba CP, Razavi MK, Shimono T, et al. Endovascular stent-graft placement for the treatment of acute aortic dissection. *N Engl J Med*. 1999;340:1546-52.
2. Duebener LF, Lorenzen P, Richardt G, Misfeld M, Nötzold A, Hartmann F, et al. Emergency endovascular stent-grafting for life-threatening acute type B aortic dissections. *Ann Thorac Surg*. 2004;78:1261-7.
3. Martín M, Morís C, Lozano I, Llana JM, Vega F, Fernández F, et al. Tratamiento percutáneo de las afecciones de la aorta torácica. *Rev Esp Cardiol*. 2005;58:27-33.
4. Evangelista A. Historia natural y tratamiento del síndrome aórtico agudo. *Rev Esp Cardiol*. 2004;57:667-79.
5. Onitsuka S, Akashi H, Tayama K, Okazaki T, Ishihara K, Hiromatsu S, et al. Long-term outcome and prognostic predictors of medically treated acute type B aortic dissections. *Ann Thorac Surg*. 2004;78:1268-73.
6. Kato M, Bai H, Sato K, Kawamoto S, Kaneko M, Ueda T, et al. Determining surgical indications for acute type B dissection based on enlargement of aortic diameter during the chronic phase. *Circulation*. 1995;92:II107-12.
7. Marui A, Mochizuki T, Mitsui N, Koyama T, Kimura F, Horibe M. Toward the best treatment for uncomplicated patients with type B acute aortic dissection. *Circulation*. 1999;100:II275-80.
8. Abad C, Garzon G, Ponce G, Reyes R, Rodriguez D. Endovascular repair of descending thoracic aortic aneurysm via midsternotomy

and without extracorporeal circulation. *J Cardiovasc Surg*. 2003;44:763-6.

9. DeRose JJ, Martin EC, Ashton RC, Belsley S, Swistel DG, Todd GJ. Antegrade endovascular repair of a coarctation-associated aneurysm through an upper hemi-sternotomy. *Ann Thorac Surg*. 2004;78:e28-9.