

# ESTUDI RADIOLÒGIC I TRACTAMENT ENDOVASCULAR DE LA PATOLOGIA DE LA AORTA ABDOMINAL.

Dr. Xavier Montaña Figuls  
Hospital Clínic - Barcelona

En los últimos años hay dos elementos que han variado profundamente el manejo de los aneurismas de aorta.

El primero de estos elementos es la aparición de la técnica de los multidetectores en tomografía computarizada, que hace posible estudiar con gran detalle anatómico, todas las estructuras vasculares.

En segundo lugar la aparición de endoprótesis de aorta que pueden ser colocadas de forma endoluminal, con una pequeña arteriotomía, o incluso de forma percutánea.

La radiología tiene un papel primordial en el diagnóstico y planificación terapéutico de los aneurismas. Continúa siendo fundamental en la implantación de la prótesis, puesto que la liberación de la misma se realiza con control radiológico continuo. Finalmente los controles posteriores que tienen que realizarse al mes, a los seis meses y cada año, son radiológicos y es el radiólogo el que avisa en caso de alguna fuga o bien certifica que el resultado es bueno.

Por todo lo anterior, la forma idónea de obtener buenos resultados es formando equipos multidisciplinares entre radiólogos, cirujanos vasculares y anestesiólogos, en los que cada uno aporta lo mejor de sus conocimientos.

Si se dispone de una buena angio-TC de aorta, no es necesario realizar angiografía en un principio. Los datos fundamentales son los diámetros de la aorta antes y al final del aneurisma, así como de la luz de la aorta.

En aorta torácica es fundamental la distancia de la subclavia izda al inicio del aneurisma y del final del mismo hasta el tronco celíaco.

En aorta abdominal es fundamental la distancia de la arteria renal más baja hasta el inicio del aneurisma (cuello). Distalmente se deben medir el calibre de arterias ilíacas y la longitud de la íliaca primitiva hasta el origen de las arterias hipogástricas.

Cuando el cuello del aneurisma es excesivamente corto (>1 cm.) o cónico, sin inicio claro del aneurisma estará indicada la colocación de las prótesis fenestradas.

Si los datos clínicos y radiológicos son favorables se procede a la colocación de la endoprótesis, generalmente por arteriotomía femoral bilateral o en algunos casos por arteriotomía unilateral y punción percutánea contralateral.

Siempre se dispone de un catéter angiográfico por el que se realizan controles frecuentes durante el despliegamiento de la prótesis, para estar seguros de no ocluir ningún tronco supraaórtico en aorta torácica o alguna arteria renal en aorta abdominal.

No se acaba la intervención hasta que un control final demuestra el buen resultado, sin que se observe ninguna fuga. Las fugas de tipo I deben ser tratadas inmediatamente, con una extensión o con un stent suplementario, mientras que las fugas de tipo II que proceden a veces de arterias lumbares o de la mesentérica inferior, deben seguirse durante la evolución puesto que muchas veces se autolimitan con el tiempo.

En los controles posteriores con TC, debe comprobarse cómo el aneurisma va disminuyendo de diámetro y de que no tiene fugas en su interior. Las fugas de tipo II que no desaparecen o que van aumentando en vez de disminuir, serán tratadas mediante embolización selectiva de la rama arterial aferente (arterias lumbares o mesentérica inferior a través de la arcada de Riolo).

Si en el seguimiento se detecta alguna fuga de tipo III será tratada inmediatamente con una nueva endoprótesis coaxial al sitio de la fuga.