



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## P-001 - RESOLUCIÓN DE COMPLICACIÓN DE EVAR MEDIANTE TÉCNICA HÍBRIDA

*Rastrollo Sánchez, Irene; Lozano Alonso, Silvia; Moreno Escobar, José María; López Espada, Cristina; Herrera Mingorance, José Damián; Hebberecht López, Marina; Cuenca Manteca, Jorge Bartolomé; Salmerón Febres, Luis Miguel*

*Hospital Universitario San Cecilio, Granada.*

### Resumen

**Objetivos:** La reparación endovascular del aneurisma de aorta abdominal es el tratamiento de elección del paciente de elevado riesgo quirúrgico. Además, cada vez podemos tratar a más pacientes con EVAR a pesar de anatomías desfavorables debido a la amplia variedad y mejora de los dispositivos. A pesar de los buenos resultados de EVAR en cuanto morbilidad y mortalidad no es una técnica exenta de complicaciones. Presentamos la resolución de una complicación grave mediante una técnica híbrida.

**Métodos:** Paciente varón de 75 años, exfumador, diabético, hipertenso, EPOC con oxígeno domiciliario y trasplante renal sobre arteria iliaca externa (AIE) derecha, que presenta aneurisma de aorta abdominal infrarrenal asintomático de 61 mm de diámetro máximo. Cuello proximal 35 mm. Iliacas muy calcificadas y estrechas (AIE derecha 7 mm y AIE izquierda 8 mm). El cuerpo principal de la endoprótesis a medida de 40 × 113 mm (Zenith Flex<sup>®</sup>) se implantó a través de la femoral izquierda para evitar pasar el dispositivo de mayor calibre por la iliaca donante del trasplante. En el momento de retirar el dispositivo, se produce el arrancamiento de toda la AIE izquierda, desde hipogástrica hasta femoral común.

**Resultados:** Se realiza clampaje de iliaca común izquierda y ligadura de hipogástrica mediante abordaje retroperitoneal, consiguiendo controlar la hemorragia y estabilizar al paciente. Para completar el procedimiento se caza la pata contralateral desde la femoral derecha y se liberan 2 extensiones iliacas hasta enrasar en bifurcación iliaca derecha. En el lado izquierdo se implanta una primera extensión iliaca y una segunda solapada con la anterior y liberada en la luz de una prótesis de dacron que finalmente se anastomosa con la arteria femoral común izquierda, pudiendo completar el procedimiento con éxito. El postoperatorio es complicado, presentando el paciente un fallo respiratorio que precisa intubación y posterior traqueostomía.

**Conclusiones:** La realización de esta técnica evitó la reconversión a bypass aorto-bifemoral, evitando el clampaje aórtico y el explante de la endoprótesis ya liberada. Aunque infrecuentes, las complicaciones durante EVAR pueden ser muy graves. Una correcta planificación preoperatoria nos permitirá minimizarlas y el dominio de ambas técnicas, endovasculares y cirugía abierta, es necesario para afrontar con éxito posibles dificultades.