



P-033 - COLECISTITIS ISQUÉMICA Y COLITIS ISQUÉMICA TRAS REPARACIÓN ENDOVASCULAR CON 'CHIMENEAS' DE UN ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL YUXTARRENAL

Capitán del Río, Inés¹; Gonçalvez Martins, Gabriela²; Constenla García, Iván²; Rodríguez Conde, Nivardo²; Bellmunt Montoya, Sergi²

¹Complejo Hospitalario Universitario de Granada, Granada; ²Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.

Resumen

Introducción: La prevalencia y la incidencia de los aneurismas aórticos abdominales (AAA) han descendido durante las últimas dos décadas. La frecuencia aumenta con la edad y afecta más frecuentemente a varones. El 90% son infrarrenales, y sólo el 10% yuxtarenales y/o yuxtaviscerales. La reparación endovascular de los aneurismas de aorta abdominal infrarenal presenta menor morbimortalidad respecto a la cirugía abierta convencional. Los aneurismas de aorta yuxtarenales no pueden ser reparados mediante técnicas endovasculares clásicas, requiriendo en muchas ocasiones procedimientos más complejos. El objetivo de esta publicación es describir el tratamiento endovascular de un aneurisma de aorta abdominal yuxtarenal mediante técnica de "chimeneas" y sus complicaciones abdominales.

Caso clínico: Varón de 72 años diagnosticado de AAA yuxtarenal de 93 × 85 mm con atrofia renal izquierda, oclusión de arteria mesentérica inferior (AMI) y oclusión ostial del tronco celíaco (TC); permeabilidad de arteria mesentérica superior (AMS) y arteria renal derecha (ARD). Se realiza reparación con endoprótesis aórtica mediante técnica de "chimeneas" (Ch-EVAR) con repermeabilización de ARD y AMS con sendos stents balón expandibles cubiertos, ocluyendo el tronco celíaco, arteria mesentérica inferior y renal izquierda (previa embolización de esta última). Al 4º día postoperatorio el paciente comienza con dolor abdominal difuso, distensión abdominal, vómitos y diarrea, así como deterioro de la función renal y aumento de los reactantes de fase aguda. A la exploración, abdomen distendido, timpánico a la percusión, dolor generalizado, defensa en fosa ilíaca izquierda, Murphy negativo. Se realiza angioTAC urgente ante la sospecha de isquemia mesentérica y/o complicación del stent renal, informando de permeabilidad de stents de AMS y ARD, TC permeable con estenosis filiforme a nivel del ostium y permeabilidad de sus ramas retrógradamente a través arcada pancreatoduodenal, arcada de Riolo permeable, hallazgos compatibles con colecistitis de probable origen isquémico y hallazgos sugerentes de colitis isquémica a nivel del ángulo esplénico. Se realiza laparoscopia exploradora urgente evidenciándose coleperitoneo e isquemia de colon descendente. Se convierte a laparotomía media urgente hallándose dicho coleperitoneo, vesícula gangrenosa, necrosis transmural de colon descendente, necrosis mucosa de colon transverso hasta ángulo hepático y riñón izquierdo isquémico. Se realizó hemicolectomía izquierda ampliada hasta ángulo hepático, confección de colostomía terminal y colecistectomía. Evolución favorable, con correcta tolerancia oral, colostomía funcionante y con

mejora progresiva de la función renal.

Discusión: La técnica de “chimeneas” para reparación endovascular de aneurisma de aorta abdominal yuxtarenal es novedosa y compleja en su realización. El paciente presentaba patología isquémica de dos territorios vasculares, tanto de la AMI como del TC a pesar de que la técnica de “chimeneas” conservó la permeabilidad del único tronco visceral que presentaba preoperatoriamente. El diagnóstico diferencial del dolor abdominal en este paciente era complejo al abarcar varias posibilidades, puesto que podría tratarse tanto de isquemia mesentérica debido a la oclusión de la AMI, de una complicación de la oclusión de TC, de isquemia renal aguda por oclusión de la ARI o complicación del stent de ARD. El diagnóstico precoz es fundamental mediante exhaustivo control clínico y analítico postoperatorio con objetivo de disminuir la mortalidad en estos pacientes.