



Radiología



0 - Casos problema con discusión sobre indicaciones, materiales usados y opciones alternativas. Caso 2: Embolización de fuga tipo II en paciente con endoprótesis bifurcada por AAA

J.J. Muñoz Ruiz-Canela

Hospital Carlos Haya, Málaga, España.

Resumen

Objetivo docente: 1) Revisar la etiopatogenia de las fugas tipo II en el tratamiento endovascular de los aneurismas de aorta abdominal (AAA). 2) Revisar las técnicas de imagen para el seguimiento de estos pacientes. 3) Indicaciones y alternativas de tratamiento

Discusión: Los procedimientos endovasculares de los AAA representan una alternativa al tratamiento quirúrgico clásico y presentan menor agresividad y resultados satisfactorios a corto plazo. Han aparecido nuevas complicaciones no conocidas en la cirugía convencional, entre ellas las más frecuentes son las endofugas, cuya incidencia varía entre un 10-50% de los pacientes tratados. Su importancia radica en que pueden mantener la presurización del saco aneurismático y por tanto el riesgo de ruptura. Las endofugas tipo II se deben a un relleno retrógrado del saco aneurismático a través de arterias colaterales y constituyen el subgrupo más frecuente (8-45%). La mayoría de ellas se resuelven de forma espontánea (33-79,9%) y sólo un pequeño porcentaje de ellas comporta un riesgo de ruptura aórtica. El aumento significativo del diámetro aórtico es la principal indicación de la reparación de las endofugas tipo II. El angioTAC continúa siendo el método de seguimiento más utilizado de los pacientes sometidos a reparación endovascular de los AAA. Frecuentemente la corrección de este tipo de endofugas puede hacerse de manera endovascular o mínimamente invasivo con diferentes tipos de abordajes y material para su embolización.

Referencias bibliográficas

Sidloff DA, et al. Type II endoleak: conservative Management is a safe strategy. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2014;48:391-9.

Kray J, et al. Role of type II endoleak in sac reversion after endovascular repair of infrarenal abdominal aortic aneurysms. J Vasc Surg. 2015;61:869-74.