

Tratamiento endovascular de un aneurisma poplíteo con anatomía desfavorable

A. Moro-Mayor, J. Barreiro-Veiguela, M.T. Pintos-Moreu, I.M. Lojo-Rocamonde

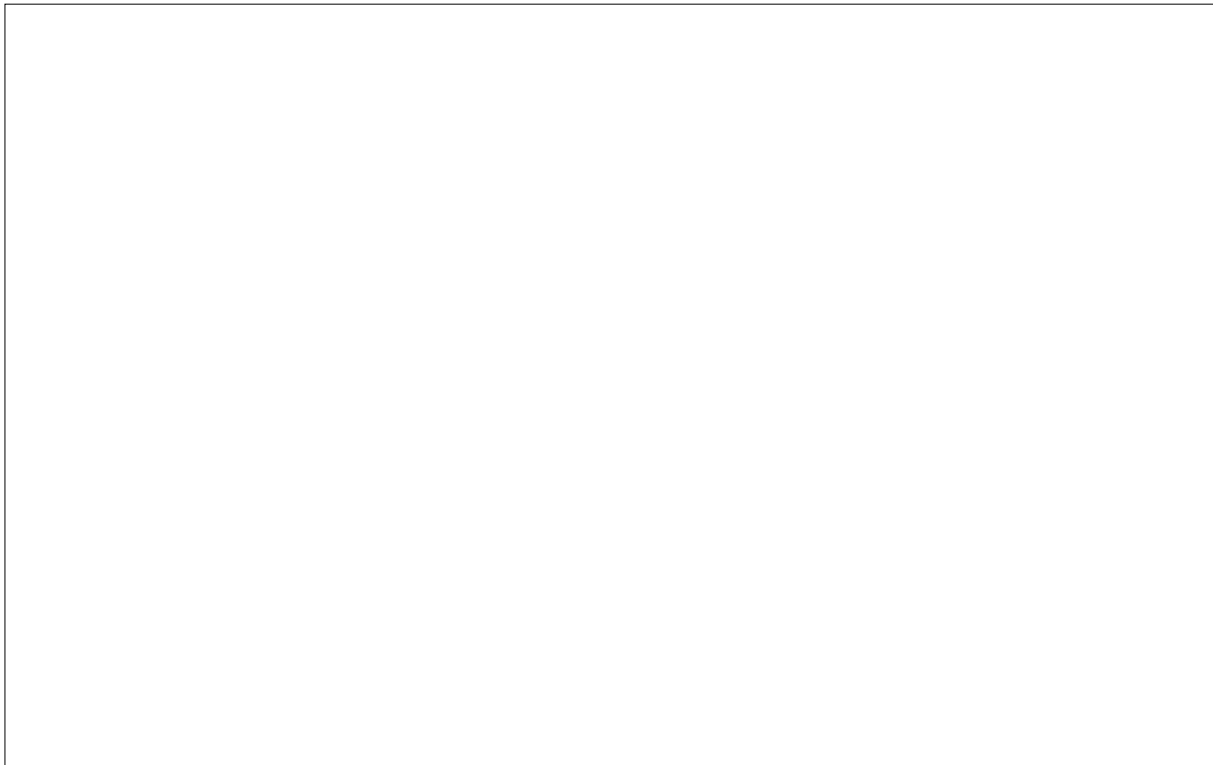


Figura 1. a) Arteriografía preoperatoria: origen atípico de la arteria tibial posterior; b) Endoprótesis recubierta con *stent* distal coaxial; c) Arteriografía de control posprocedimiento.

Caso clínico. Varón de 66 años con cardiopatía y enfermedad pulmonar obstructiva crónica grave con disnea de mínimos esfuerzos. Hallazgo de aneurisma

poplíteo derecho asintomático. Estudiado mediante tomografía axial computarizada (TAC) y angiografía digital, se trata de un aneurisma fusiforme de segunda porción de poplíteo de 22 mm de diámetro transversal y una longitud mayor de 30 mm con trombo mural y calcificación. Presenta un cuello distal menor de 1 cm por nacimiento alto, atípico, de la arteria tibial posterior (Fig. 1).

Se desecha el tratamiento quirúrgico por la into-

Aceptado tras revisión externa: 13.02.07.

Servicio de Angiología, Cirugía Vascul y Endovascular. USP Hospital Santa Teresa. A Coruña, España.

Correspondencia: Dr. Alejandro Moro Mayor. Servicio de Angiología, Cirugía Vascul y Endovascular. USP Hospital Santa Teresa. Londres, 2. E-15009 A Coruña. E-mail: amoromayor@hotmail.com

© 2007, ANGIOLOGÍA

lerancia del paciente al decúbito prono por vía posterior y la morbilidad del abordaje por vía interna. Se realiza un tratamiento endovascular bajo anestesia epidural y abordaje femoral anterógrado, implantándose una endoprótesis Via-bahn® (Gore) de 8 × 100 mm, a la que se solapa distalmente un *stent* autoexpandible Absolute® (Guidant) de 7 × 40 mm, para asegurar la fijación del primer dispositivo (Fig. 1b). Se excluye con éxito el aneurisma, permitiendo al mismo tiempo mantener permeable la circulación infragenicular, sin complicaciones (Fig. 1c). Se antiagrega con clopidogrel al alta.

En el control ecográfico, la prótesis se encuentra permeable y sin aumento de velocidades a los 24 meses. El control radiológico basal y en flexión no objetiva roturas ni plicaturas de los *stents* implantados (Fig. 2).

Discusión. Los aneurismas poplíteos son infrecuentes, pero tienen un riesgo elevado de complicaciones en forma de trombosis o embolización distal [1]. La exclusión de estos aneurismas con *stents* recubiertos ofrece, respecto a la cirugía, una menor morbimortalidad a costa de una mayor tasa de fallos y reintervenciones a corto plazo; sin embargo, las series comunican resultados de permeabilidad semejantes [2]. Una mayor zona de anclaje proximal y distal del dispositivo junto a la calidad del *runoff* son factores



Figura 2. Radiografía simple de rodilla: control de los *stents* en reposo y en flexión.

pronósticos del éxito del procedimiento [3]. El implante coaxial de un *stent* no recubierto proximal o distal a la endoprótesis permite el tratamiento de aneurismas de cuello corto y preserva la colateralidad existente.

Bibliografía

1. Nelson PR, Anthony Lee W. Endovascular treatment of popliteal artery aneurysms. *Vascular* 2006; 14: 297-304.
2. Mohan IV, Bray PJ, Harris JP, May J, Stephen MS, Bray AE, et al. Endovascular popliteal aneurysm repair: are the results comparable to open surgery? *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2006; 32: 149-54.
3. Rajasinghe HA, Tzilinis A, Keller T, Schafer J, Urrea S. Endovascular exclusion of popliteal artery aneurysms with expanded polytetrafluorethylene stent-grafts: early results. *Vasc Endovasc Surg* 2007; 40: 460-6.