

**Caso Clínico:**

Mujer de 65 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, tabaquismo y dislipemia. Medicada actualmente con carvedilol, enalapril, aspirina y rosuvastatina.

Refiere hace dos años internación en su lugar de origen, con diagnóstico de síndrome aórtico agudo, realizándose en dicha oportunidad Angio TAC tóraco-abdominal, con diagnóstico de aneurisma de aorta torácica de 50mm e imagen compatible con hematoma mural. Se decide en dicha oportunidad tratamiento médico.

Luego del alta la paciente evoluciona asintomática, con controles adecuados de su hipertensión arterial.

Hace 3 meses ingresa por un nuevo cuadro de dolor interescapular, de intensidad 10/10, acompañado de sudoración, bradicardia y desasosiego, con cifra tensional al ingreso de 185/95mmHg. El dolor cede lentamente con el tratamiento antihipertensivo realizado. La Angio TAC muestra dilatación de la porción media y distal del cayado aórtico, 13 mm distal al origen de la arteria carótida primitiva izquierda, y nacimiento anómalo de arteria subclavia derecha (retroesofágica) y divertículo de Kommerell. Diámetro máximo de 58mm (Figura1 a,b,c,d).

Se le realiza coronariografía y aortograma torácico que informa arterias coronarias sin lesiones. Aneurisma de cayado aórtico en zona 2, con origen anómalo de subclavia derecha como último vaso desde la zona aneurismática e imagen sugestiva de pseudocoartación (figura 2 a,b,c)

Ante este cuadro se plantearon varias opciones de tratamiento, entre ellos, continuar con tratamiento médico, tratamiento endovascular, tratamiento quirúrgico o tratamiento híbrido

Finalmente se decidió el abordaje híbrido del arco aórtico.

En una primera fase (quirúrgica) se realizó bypass desde aorta ascendente con prótesis bifurcada hacia ambas arterias carótidas y otro bypass con prótesis anillada desde la aorta ascendente a arteria subclavia izquierda con ligadura del origen de ambas arterias carótidas.

Debido a la alta complejidad para diseccionar ambas arterias subclavias (retro aórticas y con nacimiento desde el aneurisma), se decide posponer la oclusión proximal de estas por vía percutánea.

La paciente evoluciona favorablemente y sin complicaciones post-quirúrgicas relevantes.

En una segunda fase (realizada 7 días después de la primera) se realiza el tratamiento endovascular, bajo anestesia general.

**DEBATE ABIERTO****CASO CLÍNICO | ENERO 2013**

---

Mediante acceso humeral con introductor de 45 cm 7F se realiza oclusión de ambas arterias subclavias con plugs de 14 y 16 mm (figura 3 a,b).

Vía arteria femoral derecha, Se avanzaron dos endoprótesis Relay 38x38x160 Angiocor® que se liberaron a nivel de la unión de la porción ascendente y horizontal del cayado aórtico con resultado final exitoso, quedando completamente excluido el aneurisma y adecuada vascularización de ambas arterias carótidas y de arteria subclavia desde los Bypass y el llenado adecuado de arteria subclavia derecha vía circulación retrógrada desde polígono de Willis (figura 4)

La paciente evoluciona sin complicaciones y es dada de alta a las 72hs del procedimiento.

La Angio TAC a 30 días muestra completa exclusión del aneurisma sin evidencia de fuga y correcta vascularización de vasos del cuello y arterias subclavias (figura 5 a,b).

Conclusión: El tratamiento de la patología aórtica a nivel del cayado sigue siendo un gran desafío. La aparición de nuevas técnicas híbridas como la optada en este caso parecen ser alternativas factibles. En este procedimiento se suma una anomalía del arco aórtico que complejizaba aún más el tratamiento, que fue tratado vía endoluminal con oclusión de ambas arterias subclavias.

Figuras

Figura 1: a- Corte coronal. Subclavia derecha anómala; b-Diámetro de aneurisma; c- Nacimiento retroesofágico de subclavia derecha; d- Pseudocoartación de Aorta

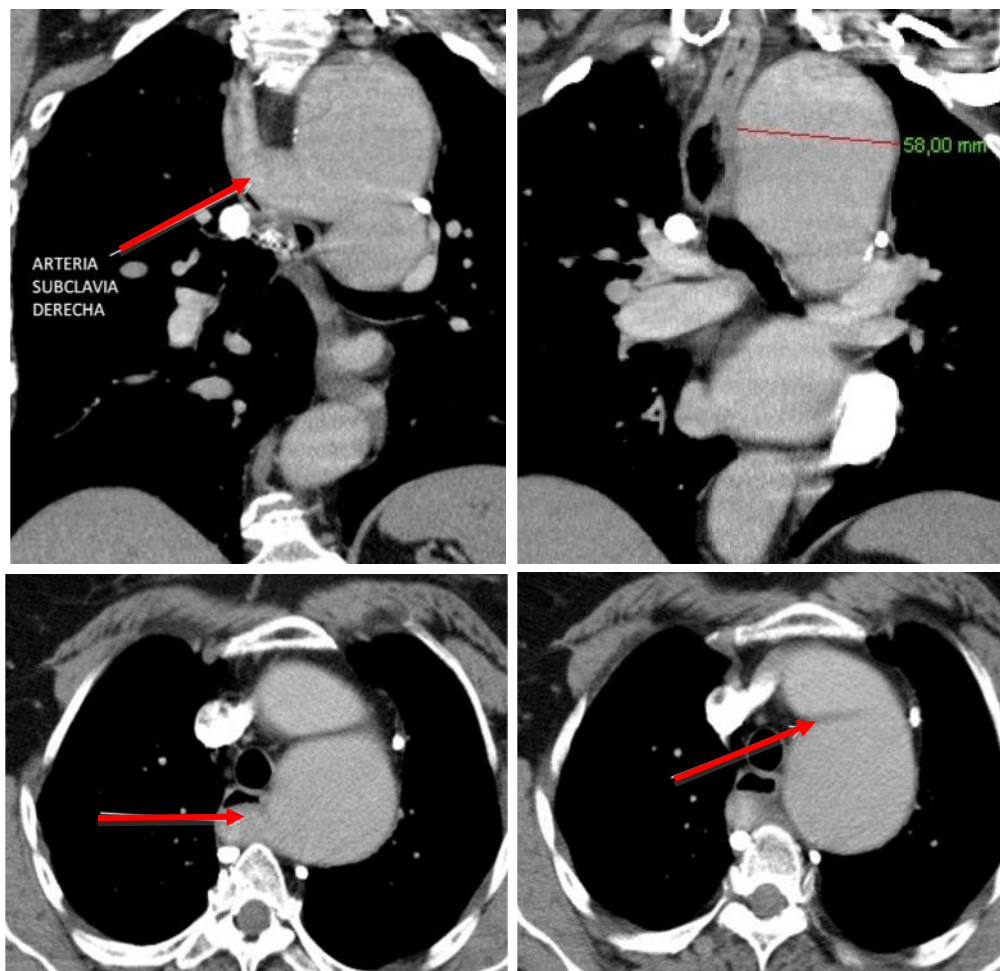


Figura 2: a- Aortograma; b- Vasos supraaórticos; c-Emergencia de suclavia derecha

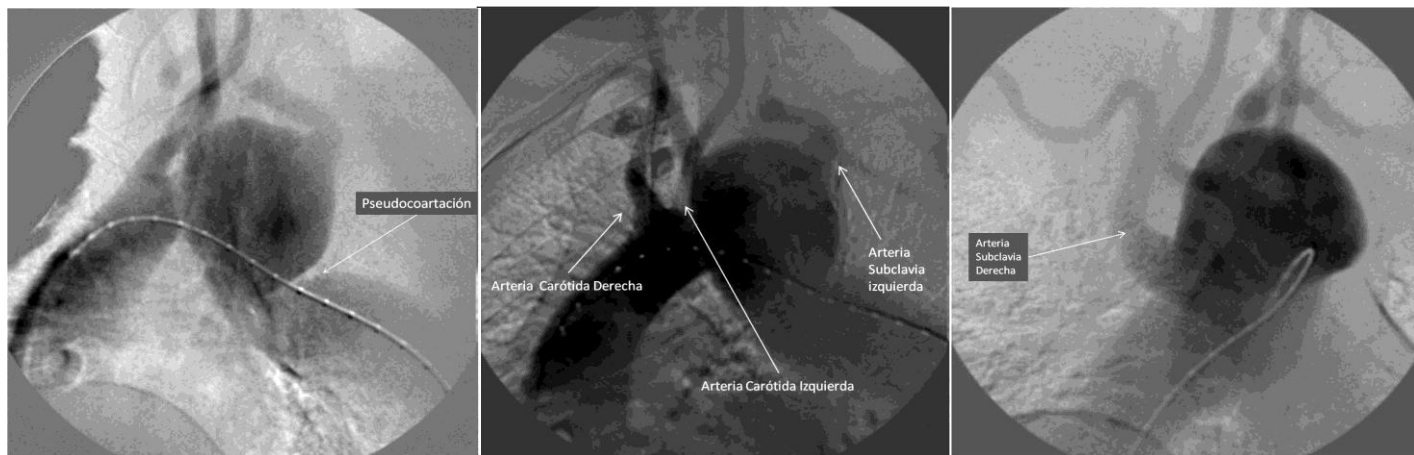


Figura 3: a- Plug en arteria subclavia izquierda; b- Plug en subclavia derecha

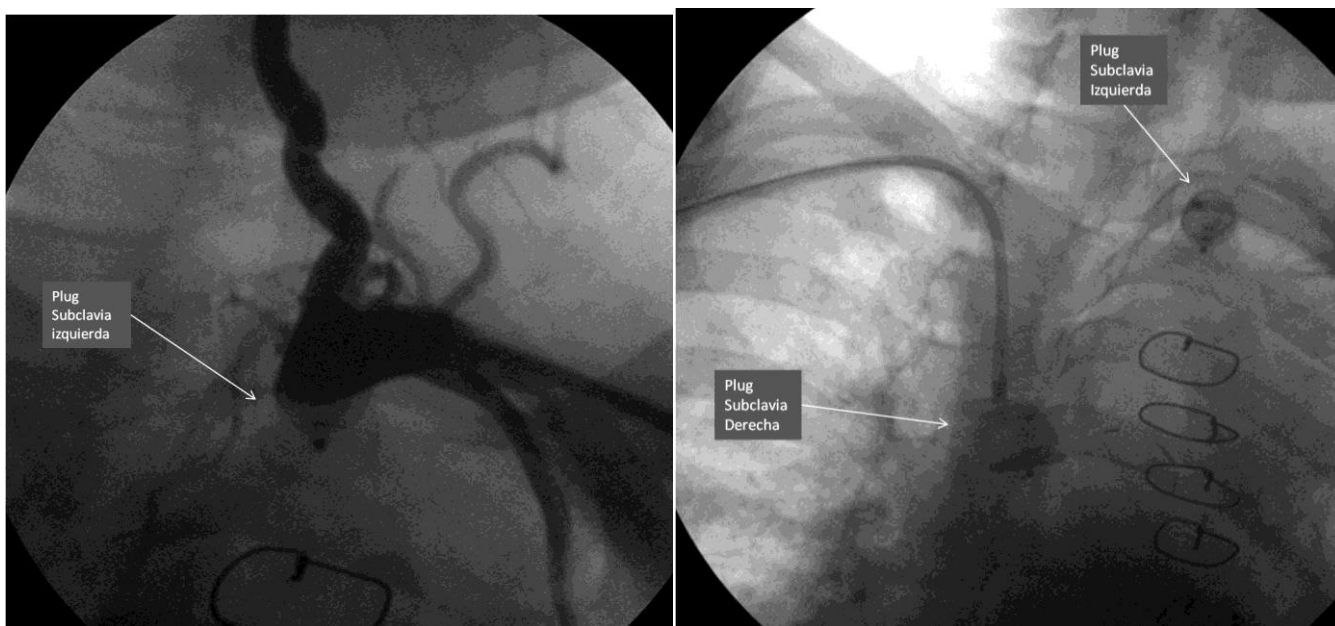


Figura 4: Resultado final

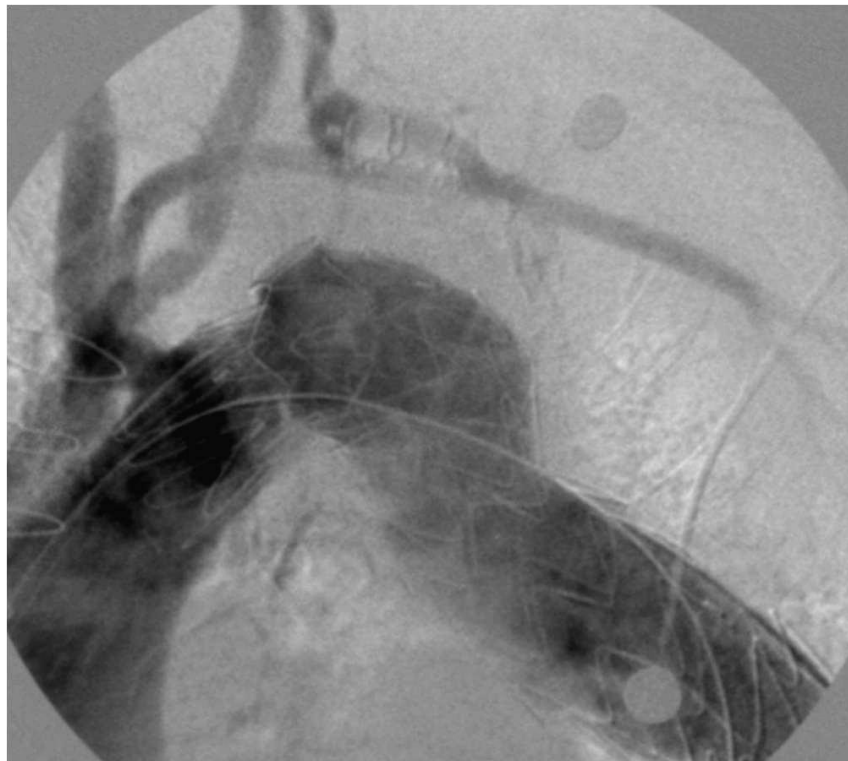


Figura 5: Angio TAC a 30 días

