

## DEBATE ABIERTO

### CASO CLÍNICO | ENERO 2013

---

#### Entrevistas:

##### ***Dr. Rodolfo Sarjanovich***

***Jefe de Piso del Servicio de Cardiología del Hospital Cordoba, Jefe del departamento de Insuficiencia Cardíaca del mismo centro. Ciudad de Córdoba.***

“En un primer lugar impresiona que la paciente se encuentra ante un cuadro agudo, con clínica de un aneurisma en expansión y con un diámetro de relevancia, en donde si bien se logró estabilizar a la misma, nos hace pensar que debemos tomar algún tipo de conducta.

Indicar sólo tratamiento médico como fue hace dos años atrás me impresiona que no sería adecuado, y dado el diámetro del aneurisma las opciones serían el tratamiento endovascular o la cirugía, la única preocupación con el tratamiento endovascular es el nacimiento de los vasos del cuello y en especial las arterias subclavas, que en este caso nacen del aneurisma, y que sería un problema técnico que lo tendrían que resolver la gente de hemodinamia, y si del punto de vista de los intervencionistas es factible la endoprotesis sería una opción.

El Dr. Sarjanovich afirma que es menos agresiva y con resultados aceptables, y que sin duda los aneurismas de la aorta descendente en especial los infrarenales hoy en día él los considera patrimonio del intervencionista, tal vez para los torácicos la única pregunta que se debería hacer el clínico es la durabilidad de la prótesis donde tal vez la indicación en un paciente joven sea la quirúrgica. En el caso de que la vía percutánea no fuera posible quedaría la posibilidad de un tratamiento híbrido o la cirugía”.

##### ***Dr. Hugo Londero***

***Jefe del Servicio de Hemodinamia e Intervenciones por Cateterismo. Sanatorio Allende, Ciudad de Córdoba.***

“El caso para resolución endoluminal tiene varios problemas:

1) Tanto la subclavia izquierda como la derecha nacen del aneurisma, o sea si uno piensa en el tratamiento endoluminal, tiene que saber que debe excluir las dos arterias subclavas y por lo tanto, esas arterias no se van a excluir solo poniendo la prótesis, porque están dentro del aneurisma, sino que habría que ocluir las con plugs, con coils o con algún sistema “activo”, llamémosle así.

2) No hay cuello suficiente distal a la carótida izquierda y hay un cuello muy pequeño si uno excluye la misma, por lo cual yo pienso que el tratamiento ideal sería hacer un debranching de la aorta poniendo un by pass desde la aorta ascendente mediante una toracotomía que puede ser bastante reducida, no es necesario abrir todo el esternón. Se podría poner con un tubo de Dacron, un by pass en “Y”, abriéndose en una segunda “Y” desde la aorta a ambas carótidas y a ambas arterias subclavas y en un segundo tiempo con ligadura de las dos arterias accesibles durante la cirugía, que son las dos carótidas y planear en un segundo tiempo un procedimiento de implante de una endoprótesis y embolización de las arterias subclavas.

Como estudio previo a este procedimiento, teniendo en cuenta que a lo mejor no podemos revascularizar quirúrgicamente los 4 vasos del cuello por la posición de éstos, yo sería partidario de hacer una angiografía



## DEBATE ABIERTO

### CASO CLÍNICO | ENERO 2013

---

de los vasos intracraneanos para ver la conformación del polígono de Willis y si todas las arterias del cuello están conectadas por éste polígono y por las arterias comunicantes anteriores y posteriores.

Una alternativa sería en el momento de hacer el debranching hacer un procedimiento más complejo, dejando una trompa de elefante, distal a la anastomosis proximal de la prótesis aorto-vasos del cuello, digámosle así, dejando un tubo flotando en la aorta descendente con marcas que permitan individualizar dónde está el final. En general es preferible hacer con un anillo de platino o con algún otro dispositivo. Yo he escuchado de gente que lo hace con cables de marcapasos, de esos que se usan en cirugía cardíaca para individualizar la boca del extremo distal de la trompa de elefante y entonces sería más sencillo, poner una prótesis desde la trompa de elefante a la aorta descendente en el segundo tiempo.

Yo creo que las dos soluciones podrían ser consideradas, tendrá que ser eso ampliado conociendo mejor el caso y discutiendo con el cirujano, es un caso que no debe resolverlo el intervencionista solo, sino q debe resolverlo junto con el cirujano vascular y con el cirujano cardíaco, ya que compromete la aorta torácica ascendente que es un poco patrimonio del cirujano cardíaco y los vasos del cuello que maneja mejor el cirujano vascular, y entre los tres tomar una decisión de cuál es el procedimiento más adecuado.”

***Dr. Jorge Rodríguez Campos.***

***Jefe del Servicio de Cirugía Cardiovascular del Sanatorio Mayo. Ciudad de Córdoba***

Lo ideal es hacerle el procedimiento híbrido, en el cual correspondería sin bomba, hacer by pass directamente de la aorta hacia los vasos del cuello y por vía femoral o directamente por vía anterógrada, poner una o 2 endoprótesis, dilatar donde está la parte de la pseudo-coartación y poner los stents correspondientes al territorio del aneurisma de aorta, stents cubiertos.

Para los By Pass utilizaría una prótesis de Dacron, que viene con una rama de 20 mm y cuatro ramas de 10 mm. Directamente se utilizan las ramas necesarias durante la intervención.