

Endofuga Tipo IV precoz durante EVAR

Early type IV endoleak during EVAR

Diego Soto V.¹, Cristian Marín O.¹, Sebastián Morales Z.¹

La reparación endovascular del aneurisma de aorta abdominal (EVAR) se ha convertido en el principal tratamiento del Aneurisma de Aorta Abdominal (AAA)¹. Sin embargo, las endofugas pueden determinar tasas de reintervención y complicaciones no despreciables².

La endofuga tipo IV³ se caracteriza por flujo sanguíneo a través del material de recubrimiento de las endoprótesis (porosidad)⁴, generalmente debido a la heparinización durante el procedimiento⁵.

Presentamos un paciente femenino de 79 años con antecedentes de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus que presentaba un AAA Infrarenal, planificándose EVAR.

En la angiografía final se identificó flujo de

contraste a través del cuerpo de la endoprótesis (endofuga tipo IV) que rellenaba el saco aneurismático (Figura 1), siendo diagnosticado al descartar otras endofugas (Ia, Ib, II y III) y evidenciar un tiempo de activación de coagulación mayor a 400 s. Se decidió manejo conservador y revertir la heparinización con protamina IV.

La paciente evolucionó favorablemente y el AngioTC de control al mes evidenció la correcta situación de la endoprótesis, la exclusión del aneurisma y la ausencia completa de endofugas (Figura 2).

La endofuga tipo IV es infrecuente, su diagnóstico es de descartar y su identificación precoz permite instaurar el tratamiento correspondiente.

¹Hospital Dr. Sótero del Río, Santiago, Chile.

Recibido el 2024-12-23 y aceptado para publicación el 2024-12-30

Correspondencia a:
Dr. Diego Soto Valdés
diegosotov@gmail.com

E-ISSN 2452-4549

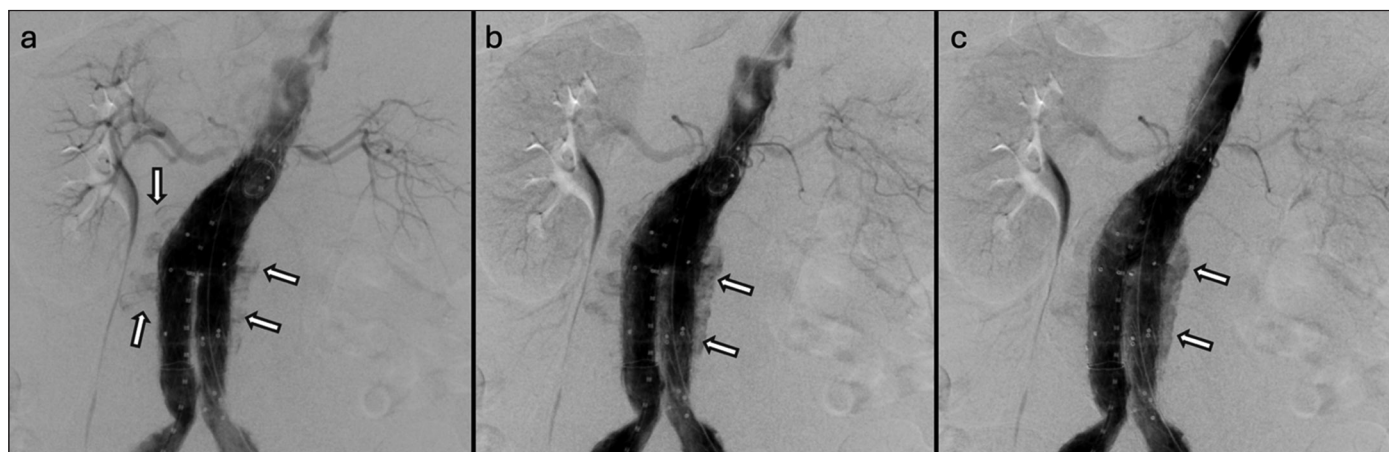


Figura 1. Angiografía control final del procedimiento (EVAR), donse se evidencia el flujo de contraste (flechas) turbulento en relación el cuerpo de la endoprótesis (a). Mientras pasa el tiempo de la adquisición radiológica (b y c) se ve que el saco aneurismático se rellena lentamente, siguiendo un patrón periprotésico.

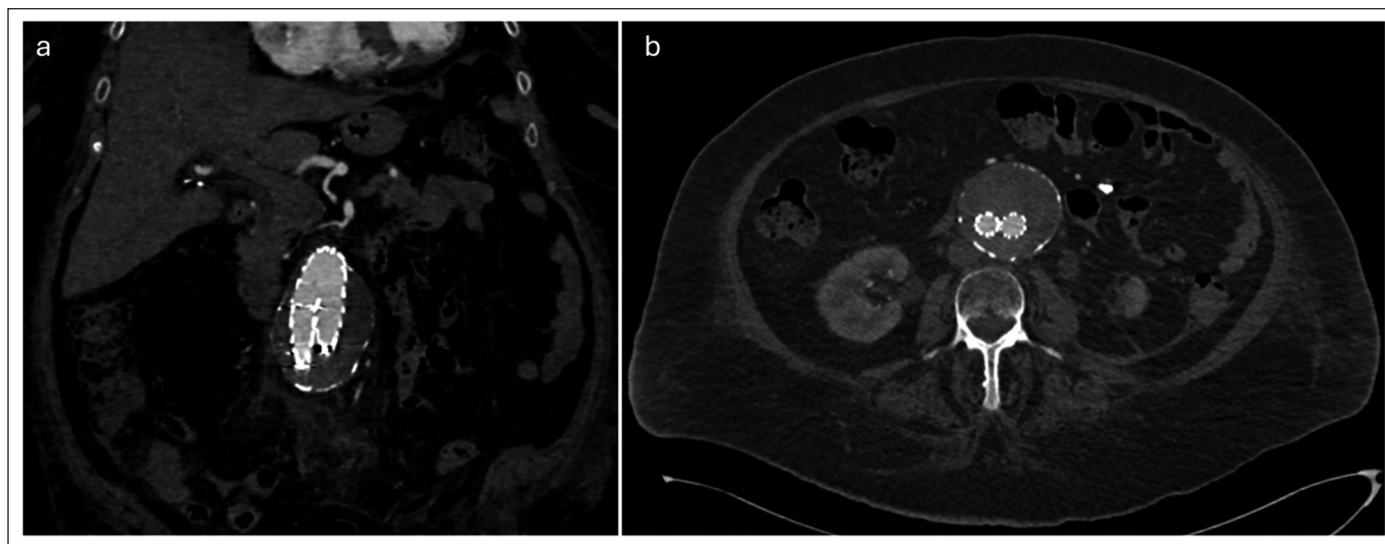


Figura 2. AngioTC de control al mes de la cirugía, donde se confirma la ausencia de endofugas, la endoprótesis permeable y el saco aneurismático excluido.

Bibliografía

1. Li B, Khan S, Salata K, Hussain MA, de Mestral C, Greco E et al. A systematic review and meta-analysis of the long-term outcomes of endovascular versus open repair of abdominal aortic aneurysm. *J Vasc Surg.* 2019 Sep;70(3):954-69.e30. doi: 10.1016/j.jvs.2019.01.076.
2. Hinnen JW, Koning OH, van Bockel JH, Hamming JF. Aneurysm sac pressure after EVAR: the role of endoleak. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2007 Oct;34(4):432-41; discussion 442-3. doi: 10.1016/j.ejvs.2007.05.022.
3. Nishi H, Kitahara M, Taguchi T, Yoshitatsu M. Diagnosis of Type IV Endoleak After Endovascular Aneurysm Repair Using Visualization With Novel Software. *Cureus* 2024 May 17;16(5):e60527. doi: 10.7759/cureus.60527.
4. Cifuentes S, Mendes BC, Tabiei A, Scali ST, Oderich GS, DeMartino RR. Management of Endoleaks After Elective Infrarenal Aortic Endovascular Aneurysm Repair: A Review. *JAMA Surg.* 2023 Sep 1;158(9):965-73. doi: 10.1001/jamasurg.2023.2934.
5. Sampaio SM, Shin SH, Panneton JM, Andrews JC, Bower TC, Cherry KJ, et al. Intraoperative endoleak during EVAR: frequency, nature, and significance. *Vasc Endovascular Surg.* 2009 Aug-Sep;43(4):352-9. doi: 10.1177/1538574409333581.