

CACCVE 2013

► RESÚMENES

PRESENTACIONES TRABAJOS A PREMIO:

CIRUGÍA VASCULAR / ENDOVASCULAR

INJURIA AÓRTICA TRAUMÁTICA AGUDA: TRATAMIENTO ENDOVASCULAR

Autores: Guillermo Soteras(1), Héctor Camara (1), Caminos B (1), Canga C (1), Fuentes J (1), Morales J (1), Soteras A (2), Puig I (1), Ramos H (1)

(1)Hospital Municipal De Urgencias Córdoba

(2)Hospital Nacional De Clínicas Córdoba

Introducción: La ruptura traumática de la aorta torácica (RTAT) conlleva una mortalidad global del 80%. El mecanismo lesional es la desaceleración de las estructuras torácicas durante el accidente. TC multidetector como método diagnóstico de elección. La reparación endovascular es la terapéutica actual en los centros de Trauma de Nivel I.

Material y Método: Estudio retrospectivo en pacientes con RTAT por traumatismo cerrado de tórax desde septiembre de 2007 a septiembre 2012.

Métodos diagnósticos: radiografía, TC convencional y multidetector y angiografía aórtica.

Se evaluó edad, sexo, modalidad y topografía traumática, lesiones asociadas, tiempo quirúrgico, vía de abordaje, tipos de endoprótesis empleadas, morbilidad y seguimiento. Índice de Severidad Lesional (ISS) como factor pronóstico.

Resultados: 11 hombres y una mujer cumplieron criterios de inclusión. Edad promedio: 24,5 +/-6.9 años (17-39). Accidente en moto 9 casos (75%), automóvil 2 casos (16%) 1 caída de altura (9%). Shock hipovolémico y lesiones asociadas en el 100%. Mediastino ensanchado en Rx tórax en 11 casos (92%). Diagnóstico confirmado en 11 pacientes (92%) con angiotomografía multicorte, el restante, embolización angiográfica debido a fractura grave de pelvis, se confirmó el diagnóstico con aortograma. Localización de injuria: istmo aórtico, distal a subclavia izquierda, 9 casos (75%) y en 3 (25%) a nivel de aorta descendente. Hemotórax en 9 pacientes (75%). Protocolo de hipotensión permisiva en 11 pacientes. Diámetro de endoprótesis 22 a 30 mm. Longitud variable de acuerdo a disponibilidad. 9 casos (75%) autoexpandible y 3 (25%) expandible con balón. Un caso necesitó de 2 endoprótesis expandibles con balón en tándem. Tiempo medio de disponibilidad de prótesis 5,28 + 3,9 días (mediana 4 días, rango 1 - 11 días). Abordaje femoral, 11 arteriorrafias, 1 parche de safena. Flogosis en dos pacientes, tratados con cefalosporinas. Tiempo medio de colocación en sala de angiografía 55 min. No se produjo mortalidad intraoperatoria ni morbilidad neurológica. Mortalidad global 8.3%. ISS promedio de 41,4 (23-54). Controles a 1, 3, 6, 12 y 24 meses en 8 pacientes (67%), mediante angioTC multicorte, un control (8%) con ecocardiograma transesofágico.

Conclusiones: La terapéutica endovascular ha modificado la mala evolución de la patología traumática de la aorta torácica en el pasado, reduciendo ostensiblemente la morbilidad. Si bien no se han presentado complicaciones a corto y mediano plazo se precisa un seguimiento a largo plazo de estos dispositivos implantados en personas generalmente jóvenes para obtener conclusiones definitivas.

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMAS ABDOMINALES COMPLICADOS

Autores: Karina Vanessa Ferreira; A. Cuacci; D. Odorizzi; G. Medina D'Incal; D. Reinhardt; S. Agudiak; C. Flores; L. Honaine; O. Cucchetti; P. Jara

Servicio de Cirugía Vascular Periférica y Endovascular – HIGA San Martín La Plata

La morbimortalidad perioperatoria asociada a la cirugía por la rotura de un aneurisma de la aorta abdominal (AAA) se ha venido manteniendo constante en las últimas décadas, alrededor del 50-70%. Con el desarrollo de las técnicas endovasculares disponemos de una alternativa terapéutica a la cirugía abierta que podría tener éxito para disminuir el número de complicaciones a corto plazo.

Pacientes y Métodos: Presentamos una serie de 28 pacientes intervenidos entre enero del 2008 y diciembre del 2012 por rotura de un AAA. Se incluyeron aquellos pacientes con anatomía tomográfica viable para procedimiento endovascular. Se emplearon endoprótesis aortomonoilíacas asociadas a diversos procedimientos como embolización de la hipogástrica, cuff proximales y scalop para arterias viscerales.

Resultados: APACHE de ingreso promedio de 23. Tiempo entre diagnóstico e ingreso al hospital: 2 hs. Tiempo entre admisión y cirugía: 1.5 hs. Duración procedimiento quirúrgico: 1 hs 25 min. Tiempo en quirófano 4 hs. Tiempo fluoroscopia 15 min. Requerimiento transfusional promedio de 8 unidades (1 – 15). La mortalidad perioperatoria fue del 17.85% (5). De ellas 2 por falla multiorganica, 1 por TEP masivo, 1 por Insuficiencia renal aguda y 1 por síndrome compartimental abdominal. Días estada UTI 4 días (2 – 5). Tiempo total de estada 8 días (4 – 12). En los primeros 30 días postoperatorios se produjeron diez complicaciones sistémicas graves en cinco pacientes, incluidos un infarto agudo de miocardio, dos fleos prolongados, dos casos de insuficiencia respiratoria aguda, tres casos de insuficiencia renal aguda, y un caso de colitis isquémica que requirió una hemicolectomía. Mortalidad alejada (2años) 21.7% (5). Mortalidad relacionada al aneurisma: 2 pacientes (caída endoprotesis e infección de by pass femoro femoral. Mortalidad por otras causas: 3 pacientes; IAM tumor retroperitoneal y TEP masivo.

Conclusiones: El uso de técnicas endovasculares en el tratamiento de AAA rotos nos permite reducir la mortalidad a corto plazo a causa de éstos en pacientes seleccionados.