

CACCVE 2013

## ► RESÚMENES

## PRESENTACIONES CON POSTER:

## CIRUGÍA VASCULAR / ENDOVASCULAR

**ACCESOS VASCULARES REMOTOS PARA HEMODIÁLISIS**

**Autores:** Dra. Karina Vanessa Ferreira; D. Odorizzi; G. Medina D'Incal; D. Reinhardt; S. Agudiak; C. Flores; C. Maina; F. Gomez; P. Socias; L. Honaine

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

**Introducción:** El tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica Terminal mediante hemodiálisis tiene sus comienzos en 1944 y desde entonces la lucha por la supervivencia de estos pacientes ha conducido al desarrollo de múltiples variantes de acceso vascular.

**Material y Métodos:** Se presentan cuatro pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis en quienes se agotaron los accesos venosos y que no eran candidatos a diálisis peritoneal. En tres de ellos se implantó un catéter en aurícula derecha por toracotomía mínima anterolateral. En un caso se colocó un catéter en vena cava inferior por acceso quirúrgico retroperitoneal. Todas las cirugías se realizaron por personal especializado en quirófanos híbridos y bajo anestesia general.

**Resultados:** Un paciente con acceso transtorácico falleció en postoperatorio inmediato. Un catéter tuvo que ser recambiado a los 2 meses por fractura del material que no pudo sellarse luego de dos intentos quirúrgicos. Otro caso presentó luego de los 20 días de colocado retrocultivos positivos para E-coli multiresistente; el acceso se preservó mediante lock therapy con vancomicina. La sobrevida de ambos pacientes fue de 18 meses promedio con su acceso permeable. El catéter restante fue colocado en vena cava inferior mediante acceso quirúrgico retroperitoneal; previo intento de acceso percutáneo translumbar sin éxito. El acceso se encuentra permeable luego de 4 meses de colocado. Retrocultivo positivo para SAMR en tratamiento con vancomicina intradiálisis.

**Conclusiones:** Se presentaron casos de accesos remotos para hemodiálisis en pacientes sin otras alternativas y no candidatos para diálisis peritoneal. En los tres casos que sobrevivieron al procedimiento, los accesos presentaron índices de permeabilidad primaria aceptables que permitieron a los pacientes continuar con sus tratamientos.

**ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL COMPLICADO EN PACIENTE CON EVAR  
HOSPITAL DE SAN ISIDRO “MELCHOR A. POSSE”**

**Autor principal:** Dres. Lorena Medero

**Autores:** Gillen P; Bazan A; Chikiar D

**Introducción:** Un aneurisma mayor a 8 cm presenta un riesgo de ruptura anual de 30 - 50%. La reparación endovascular demostró beneficios en estos casos con respecto a la reparación abierta siendo menor la morbi-mortalidad perioperatoria. Luego de la primer intervención la reparación endovascular demostró mayor riesgo de complicaciones y reintervenciones a largo plazo que la reparación abierta. Caso clínico: paciente masculino 92 años, antecedente de EVAR en 2009, ingresa por guardia presentando dolor abdominal generalizado asociado a hipoperfusión periférica y cuadro sincopal. Se realiza TAC de abdomen con sospecha diagnóstica de aneurisma de aorta abdominal complicada. Se decide intervención quirúrgica. Se realiza reemplazo aorta femoral derecho con prótesis de dacron.

**Conclusión:** Diversos estudios randomizados demostraron similar tasa de sobrevida a largo plazo entre la técnica de reparación abierta y la técnica endovascular, siendo esta última la que posee mayor tasa de intervenciones secundarias por el alto porcentaje de complicaciones relacionadas a dicha técnica.

**ANEURISMA DE YUGULAR INTERNA, A PROPÓSITO DE UN CASO**

**Autores:** Carlos Eugenio Sbrocco, Hernandez G, Blanco C, Hornos A  
**Hospital Lucio Molas**

Paciente sexo masculino de 8 años de edad, sin antecedentes relevantes. Consulta por tumor cervical izquierdo, que se evidencia durante las maniobras de valsalva. Se le realiza eco doppler color donde se informa aneurisma sacular de vena yugular interna izquierda, que se confirma con angio TAC con contraste. Se le realiza una aneurismectomía con cierre simple.

El paciente evoluciona favorablemente, dándose de alta a las 24 hs.

**ANEURISMA GIGANTE TORACOABDOMINAL. A PROPÓSITO DE UN CASO**

**Autores:** Sbrocco Carlos Eugenio; Nadal F; Hernandez G  
**Hospital Lucio Molas**

Paciente sexo masculino, de 51 años, que ingresa derivado del interior de la provincia. Antecedentes de Hipertensión y Tabaquismo. Ingresar con dolor dorso lumbar de 6 días de evolución tratado con antiinflamatorios. Se le realiza angiografía axial computada de tórax, abdomen y pelvis con contraste endovenoso, donde se observa gran aneurisma sacular tóraco-abdominal tipo Crawford I, de 14 centímetros de diámetro, que nace en el tercio medio de la aorta torácica y termina a la altura del tronco celiaco. Presenta signos tomográficos y clínicos de ruptura inminente, como falta de espacio retro-aórtico vertebral, blef en el trombo mural y dolor persistente. Se interna en UTI, donde se le colocaba central, TAM y sonda vesical. Se le administra NTG para mantener una Media de 70 mm HG y Morfina para el dolor. Se decide tratamiento endovascular. El procedimiento se realiza 48 hs después, se colocan dos endoprótesis de 31 mm de diámetro por 11 cm de largo la primera, y de 28 mm de diámetro por 10 cm de largo la segunda, con un over size de 7 cm. El paciente evoluciona satisfactoriamente, sin complicaciones. Alta al 3 día.

**ANEURISMA VENOSO YUGULAR EXTERNO**

**Autores:** Miguel A M Peirano; D Nussenbaum; J Cociolo; M Scabbiolo; P F Salinas Rodriguez; P Duran Gomez  
**CCV-Hospital J.M.Ramos Mejia-CABA**

**Introducción:** Aneurisma yugular es la dilatación anormal y persistente, siendo una entidad benigna y generalmente de presentación y diagnóstico temprano debido a que su presencia se hace más notoria en la vida infantil como una masa blanda, indolora, ubicada en la región anterolateral del cuello presente durante el llanto. La etiología es desconocida, aunque algunos autores sugieren que podría formarse por degeneración de la pared venosa a consecuencia de un traumatismo directo, incremento del tono muscular de los escalenos, compresión venosa por la clavícula. Dentro de los aneurismas venosos a nivel cervical es el segundo en presentación después del yugular interno y antes que los aneurismas venosos subclavios. El diagnóstico diferencial se realiza con masa cervicales no pulsátiles. Por la escasa literatura en paciente adulto presentamos un caso a consideración.

**Caso clínico:** Paciente masculino de 58 años de edad, sin antecedentes patológicos refiere cuadro de un mes de evolución caracterizado por la aparición de abultamiento en región lateral izquierda del cuello posterior a realización de levantamiento de peso. Abultamiento de superficie regular, consistencia duro elástica, de 6 por 8 cms, de bordes redondeados, interpuesto en trayecto de vena yugular externa. Sin soplos. Dicho abultamiento se tornó doloroso inicialmente para luego pasar a ser asintomático y disminuir de tamaño. Se realizaron exámenes complementarios que sumados a sintomatología del paciente definen nuestra conducta. Se realiza excéresis de aneurisma yugular izquierdo trombosado.

**Conclusiones:** Se debe considerar al aneurisma venoso yugular externo dentro de los diagnósticos diferenciales de tumoraciones cervicales. El trauma venoso podría ser origen de la flebectasia. La conducta se debe adaptar a cada paciente.

**BY PASS HEPATORENAL: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS CLÍNICOS**

**Autores:** Dra. Karina Vanessa Ferreira; D. Odorizzi; G. Medina D'Incal; D. Reinhardt; S. Agudiak; C. Flores; L. Honaine; O. Cucchetti; H. Rios; C. Maina

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

**Introducción:** La oclusión aórtica suprarrenal, entidad clínica infrecuente, suele presentarse con HTA maligna e insuficiencia renal crónica, síntomas de isquemia visceral o de miembros inferiores. Se presentan dos casos clínicos. Caso Clínico N° 1: Paciente de 56 años ingresa derivado en octubre de 2012 por HTA refractaria a tratamiento. Dolor de reposo en miembros inferiores. Deterioro de la función renal con clearance de 46 ml/min y creatinina 2,6 mg/dl. Sospecha de patología vascular renal. Aortograma y AngioTC: Oclusión de aorta por debajo de mesentérica superior. Riñón derecho capta contraste por colaterales. Ambas cámaras femorales perfunden por colaterales, recanalizan en femoral profunda. Doppler Renal: flujo en 1/3 medio arteria renal derecha, hilio e intraparenquimatoso. En diciembre de 2012 se realiza tromboendarterectomía aórtica. By pass aortobifemoral. By pass hepato – renal derecho con vena autóloga. Recupera función renal. Pulsos distales positivos. Mejoría de HTA.

EcoDoppler y AngioTC postoperatoria con flujo en riñón derecho y en by pass hepato-renal. Caso Clínico N° 2: Paciente de 80 años derivado con estenosis aórtica severa e HTA. En enero 2012 endoprótesis aórtica bifurcada por AAA infrarrenal con oclusión de ambas arterias renales en el procedimiento. Evolucionó con insuficiencia renal y hemodiálisis. En postoperatorio al 1° año viabilidad del riñón derecho (flujo por ecodoppler y gamacámara). En junio 2012 revascularización riñón derecho mediante by pass hepatorenal con vena autóloga. Postoperatorio inmediato IAM cara inferior. Continúa en anuria y hemodiálisis. By pass permeable. Fallece a los 6 meses sin haber recuperado función renal.

**Conclusión:** El procedimiento descrito es una alternativa quirúrgica para la revascularización renal en pacientes con patología aórtica, si el órgano se encuentra viable. Para su elección, tener en cuenta comorbilidades del paciente y situación que condicionó la oclusión, las cuales definirán su evolución clínica.

## COARTACIÓN DE AORTA ASOCIADO A DISECCIÓN DE AORTA TIPO A

**Autor principal:** Pardo Juan Ignacio

**Autores:** Giménez Ruiz P; Devoto M; Rivas R; David M; Tenorio O; Mancini B

**Introducción:** La coartación de aorta constituye el 6% de las cardiopatías congénitas de la infancia y el 15% de la edad adulta. Las mayorías que no son corregidas mueren antes de los 40 años por insuficiencia cardíaca, disección de aorta, rupturas de vasos cerebrales y endocarditis infecciosa. Se presenta un caso en donde se muestra la relación entre coartación de aorta no tratada y la disección de aorta tipo A.

**Método:** Paciente masculino de 27 años, con antecedentes de válvula aórtica bicúspide y asma leve. Concurrió a la guardia por dolor precordial de reciente comienzo asociado a ingurgitación yugular. Se realiza laboratorio, Tac de tórax y ecocardiograma alcanzándose el diagnóstico de disección de aorta tipo A. Se decide cirugía de urgencia: Bentall Bono con colocación de prótesis aórtica mecánica. Evolucionó favorablemente otorgándose el alta al 7 día post operatorio con warfarina y bisoprolol 10 mg/día. Durante el seguimiento por consultorio presentó registros de hipertensión constantes. Se dispuso la realización de una Tac de tórax y un ecocardiograma control, diagnosticándose coartación de aorta. Se decidió resolución percutánea de la misma mediante la colocación de un stent de 39 mm recubierto en el cayado aórtico distal a los troncos supraorticos.

**Resultados:** El aortograma intraoperatorio evidenció correcta ubicación y flujo del stent con diámetro homogéneo de 17 mm. No se presentaron complicaciones intra ni post operatorias. Se otorgó el alta hospitalaria al segundo día post operatorio. En seguimiento por consultorio externo.

**Conclusiones:** La coartación de aorta asociada a disección de aorta es una entidad poco frecuente que puede causar la muerte en personas jóvenes. La HTA puede ser el único índice de sospecha, especialmente si su edad no es muy avanzada. El diagnóstico y el tratamiento precoz han de ser esencial con el afán de evitar las complicaciones que la coartación de aorta puede alcanzar.

## EXCLUSIÓN ENDOVASCULAR DE PSEUDOANEURISMA ANASTOMÓTICO DE AORTA ABDOMINAL

**Autores:** Dr. Martín Areta; Dr. Juan Carlos Clemente; Dr. Alejandro Mendiburu

**Hospital Privado de Comunidad Mar del Plata**

**Antecedentes:** Paciente masculino de 72 años, con antecedentes de Hipertensión arterial, fibrilación auricular, diabético tipo II, y cirugía de by pass aorto-aórtico (prótesis recta 18 mm Hemashield Gold), por aneurisma de aorta abdominal (AAA) en el año 2006; que en post operatorio presenta eventración mediana y posterior corrección con malla de marlex. Consulta al diagnosticarse en estudios de vigilancia lesión aneurismática aórtica con diámetro de 5,7 cm que se inicia en el extremo distal de la prótesis aórtica previa y compromete el cono terminal aórtico.

**Objetivo:** Mostrar la utilidad de una endoprótesis aórtica bifurcada en la resolución de un Pseudoaneurisma anastomótico aórtico.

**Tipo de Estudio:** Presentación de Poster

**Material y Método:** Se evidenció un pseudoaneurisma de 5,7 cm que compromete anastomosis distal de by pass aorto aórtico que progresa hasta comprometer el cono terminal aórtico, que requeriría segunda laparotomía o abordaje extraperitoneal de lesión aneurismática sobre un territorio hostil, por lo que se pensó en la resolución endovascular mediante la utilización de endoprótesis aórtica bifurcada. Se trata de la resolución mini invasiva de una patología infrecuente, (pseudoaneurisma de anastomosis distal de by pass aorto aórtico), reduciendo el riesgo y la convalecencia del paciente.

**Resultados:** Se inicia la cirugía con la disección e identificación de arteria femoral derecha, previa heparinización, y se coloca introductor 10 fr., se realiza punción según técnica de Seldinger, de femoral izquierda, colocándose allí introductor 9 fr. Guiado por radioscopia se realiza colocación de endoprótesis aórtica bifurcada Endologic Powerlink 28-16-100, según técnica. Se realiza aortograma que muestra la exclusión del pseudoaneurisma y la correcta ubicación de ambas ramas ilíacas sin observarse leak. Uniendo prótesis previa con endoprótesis bifurcada.

**Conclusiones:** La utilización de una endoprótesis aórtica en la resolución de un pseudo aneurisma anastomótico, debería tenerse en cuenta siempre que no hubiera contraindicación técnica.

**INSUFICIENCIA ARTERIAL AGUDA POR ERGOTISMO****Autor principal:** Loor Santana Alexi Daniel**Autores:** Uez A; Turco E.

**Introducción:** El ergotismo, o enfermedad vasoespástica por abuso de ergotamínicos, es una causa poco frecuente de insuficiencia arterial. La vasoconstricción ocasionada por los alcaloides del ergot puede afectar tanto la microvasculatura como los grandes vasos, generando isquemia en cualquier territorio arterial, con sintomatología diversa.

**Material y Métodos:** Presentación de un caso. Paciente femenina, de 40 años de edad. Antecedentes: tabaquista, migraña desde los 15 años de edad, auto-medicada con ergotamina y cafeína, 4 comprimidos diarios. Consulta por dolor en reposo en miembro inferior izquierdo de 30 días de evolución que aumenta de intensidad en las últimas horas. Al examen físico presenta trastornos tróficos en vía de delimitación, cianosis, frialdad, edema distal y disminución de la motilidad en el pie izquierdo. Pulso femoral izquierdo positivo. Pulso poplíteo, pedio y tibial posterior ausentes.

**Resultados:** Manejo inicial con vasodilatadores y anticoagulantes con evolución tórpida. Se realiza arteriografía observándose oclusión de los vasos de la microcirculación por lo que se decide tratamiento quirúrgico. Se realiza exploración quirúrgica del eje poplíteo infra-articular sin reflujo distal. Se progresa catéter-balón de Fogarty sin obtener material trombótico. Trombólisis con r-TPA intra-arterial, uso de papaverina también intra-arterial, con resultados satisfactorios y pulso poplíteo palpable. Amputación digital en diferido.

**Conclusiones:** El ergotismo se debe sospechar en los pacientes que consumen antimigrañosos y presentan síntomas de isquemia arterial periférica. La progresión de esta patología evoluciona a lesiones gangrenosas, si no es tratada precozmente.

**OCCLUSIÓN AGUDA DE LA AORTA ABDOMINAL****Autor principal:** Invernón, Emilce Daiana.**Autores:** J Mónaco, G Di Brico, A Uez

**Introducción:** La oclusión aórtica aguda es una emergencia vascular poco frecuente, y las causas principales son: embolia de origen cardíaco y enfermedad aterosclerótica subyacente (trombosis "in situ"). Su diagnóstico debe ser sospechado ante signos de isquemia aguda en ambas extremidades inferiores, déficit neurológico y/o dolor abdominal, que pueden presentarse en grados variables.

**Material y Métodos:** Presentación de un caso. Paciente femenino de 61 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial, chagas, fibrilación auricular crónica anticoagulada con acenocumarol y estenosis mitral severa sintomática. En plan quirúrgico de reemplazo valvular se suspende anticoagulante oral, presentando 24 horas después de la suspensión dolor súbito, impotencia funcional, frialdad, parestesias y cianosis distal en ambos miembros inferiores. Angiografía aórtica mostró oclusión aguda de la aorta infrarrenal.

**Resultados:** Se intervino con carácter urgente realizándose por abordaje femoral bilateral tromboemblectomía aortoiliaca y femoropoplítea con catéteres-balón de Fogarty. Se extrajeron abundantes trombos frescos del sector aortoiliaco quedando con buen flujo proximal y reflujo distal. A los 5 días post-operatorios se realizó control angiográfico sin evidencia de trombosis residual.

**Conclusiones:** La oclusión aguda de la aorta abdominal es un evento poco frecuente que presenta elevada morbimortalidad si no se brinda tratamiento quirúrgico de forma urgente, a fin de restablecer el flujo sanguíneo aórtico.

**PARAGANGLIOMA CAROTIDEO****Autores:** Invernón Emilce Daiana; G Di Brico; E Turco; A Uez

**Introducción:** Los paragangliomas, también denominados tumores del glomus carotídeo, son lesiones de crecimiento lento, hipervascularizadas, infrecuentes, derivados de células paraganglionares de la cresta neural. Representan casi la mitad de todos los paragangliomas. Son generalmente benignos y se presentan como una masa cervical asintomática.

**Material y Métodos:** Presentación de un caso. Paciente femenino de 37 años de edad. Sin antecedentes clínico-quirúrgicos. Presenta una masa cervical de 5 años de evolución, asintomática, pulsátil, sobre el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo izquierdo, de aproximadamente 45x26 mm que engloba la arteria carótida izquierda, ejerce efecto de compresión sobre la vena yugular homolateral y deforma parte del espacio látero-faríngeo.

**Resultados:** Tumor del glomus carotídeo perteneciente al grupo II de la clasificación de Shamblin. Se realiza resección subadventicial. Paciente con buena evolución posoperatoria, se externa a los 2 días de la intervención quirúrgica. Anatomía patológica: paraganglioma.

**Conclusiones:** A pesar de la baja incidencia de los paragangliomas carotídeos, es una patología de indicación quirúrgica, que debe ser tratada a fin de proporcionar altas tasas de curación y baja morbimortalidad.

**PSEUDO ANEURISMA DE ARTERIA PEDIA. A PROPÓSITO DE UN CASO****Autores:** Carlos Eugenio Sbrocco; Hernández G; Picon S**Hospital Lucio Molas**

Paciente sexo femenino que llega a la consulta por presentar tumor pulsátil de 2 cm de diámetro, en región dorsal del pie derecho, que refiere haber comenzado hace unos 4 meses, y que fue creciendo lentamente, lo que le iba produciendo cada vez mayor dolor, que la lleva a la consulta. Como antecedente de importancia, refiere un leve traumatismo en esa zona del pie, que produjo un hematoma, y luego se fue organizando en este tumor pulsátil. Se le realiza eco doppler color que confirma el diagnóstico de pseudoaneurisma de arteria pedia, con trombo mural. Se le realiza una exclusión del mismo, con anestesia local, de manera ambulatoria, ya que la boca del mismo era de 0,5 cm, con una arteria muy fina, difícil de realizar una plástica. La paciente evoluciona favorablemente en los controles, sin signos de isquemia distal.

**REPORTE DE UN CASO POR COMPRESIÓN INTRAVASCULAR DE STENT EN ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR****Autor Principal:** Ferreira L. Mariano**Autores:** Pinto IC; Mansilla Casanova; D Yñón; G Eiben; M De Paz; G Garrido; R La Mura

**Introducción:** Se presenta un paciente con enfermedad vascular en múltiples vasos asociada a AAA.

**Caso Clínico:** Varón de 69 años que consulta por un cuadro de isquemia mesentérica subaguda. Antecedentes de HTA, Insuficiencia cardíaca en tratamiento médico, extabaquista, Cáncer de próstata diagnosticado en 2013. Insuficiencia renal crónica no dialítica. Endarterectomía carotídea derecha (30/07/13); angioplastia de arteria renal bilateral y arteria mesentérica superior (07/08/13). Ante la normalización de la función renal se realizó Exclusión endovascular de aneurisma de aorta abdominal (16/08/13 – HSM) sin complicaciones. Paciente cursando 14 día postoperatorio de exclusión endovascular de aneurisma de aorta abdominal. Evaluado en consultorios externos, presenta dolor abdominal de tres días de evolución asociado cuadro intestinal suboclusivo. Refiere franco dolor postprandial que empeora en los últimos días. Al examen físico presentaba abdomen distendido y doloroso a la palpación con ruidos hidroaéreos positivos, con eliminación de gases y catarsis negativas. 30/08/13: Se interna. Se realiza Angio TC: que evidencia oclusión de tronco celiaco (similar al estudio preoperatorio), y en la arteria mesentérica superior se evidencia cambio de calibre del stent en su mitad proximal. Distensión de colon ascendente y transverso. 31/08/13: Se realiza bajo anestesia local y acceso humeral izquierdo, angioplastia de arteria mesentérica superior. Hallazgo: Estenosis proximal del stent. 04/09/13: Egreso hospitalario y control por consultorios externos. Actualmente asintomático.

**Conclusión:** El cuadro se interpretó como compresión de la porción proximal del stent durante la colocación de la endoprótesis aórtica. La técnica habitual de angioplastia a nivel visceral obliga a dejar una discreta porción del stent en la luz aórtica. Dicha porción debe haber sido comprimida por alguna de las maniobras endovasculares realizadas durante el tratamiento del aneurisma. La ausencia del tronco celiaco y la arteria mesentérica inferior determinó la presentación clínica del paciente frente a la complicación de su stent mesentérico.

**SECCIÓN COMPLETA DE CARÓTIDA INTERNA EN LESIÓN PENETRANTE CERVICAL****Autor principal:** Lorena Medero**Autores:** Oscar Olivera; Torcuato Rodriguez Traverso; Alejandro Bazan; Darío Chikiar

**Introducción:** Los traumatismos penetrantes del cuello representan el 5-10 % de las lesiones traumáticas penetrantes. El 30 % tienen lesiones vasculares, y en su mayoría están afectados la vena yugular, y la arteria carótida y sus ramas. La mortalidad global de estas lesiones se cifra en un 20-40 %.

**Caso Clínico:** Paciente masculino 47 años, presenta herida penetrante de 3 cm en Zona II de región cervical izquierda, asociado a shock hipovolémico y paro cardiorrespiratorio que necesito maniobras de resucitación y reanimación. Se realizó control hemostático externo con sonda Foley. Se decide intervención quirúrgica.

**Exploración:** Cervicotomía lateral ECM, se identifica lesión parcial de carótida externa y sección completa de la carótida interna a 3cm de la bifurcación; se realiza ligadura de carótida externa; anastomosis termino terminal de arteria carótida interna.

**Conclusión:** El manejo de las lesiones carotídeas es desafiante. Varias revisiones bibliográficas afirman que la morbilidad es significativamente más baja para la reparación primaria (15%) comparado con ligadura arterial (50%). La anastomosis primaria sin tensión es de elección para la sección completa de la arteria.

**TRATAMIENTO CON CIRUGÍA ABIERTA DEL ANEURISMA DE  
AORTA ABDOMINAL INFRARRENAL ROTO  
REPORTE DE TRES CASOS**

**Autor:** Salas Lor

**Coautores:** R Torrejón; A Sotomayor; S Gonzales

**Hospital Nacional Hipólito Unanue**

**Resumen:** Objetivo: Dar a conocer la experiencia del Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular del Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima-Perú en el manejo quirúrgico del Aneurisma de Aorta Abdominal (AAA) infra renal roto.

**Material y Métodos:** Entre los años 2009 y 2012 fueron intervenidos quirúrgicamente 28 pacientes portadores de AAA, de éstos, 22 como electivos y en condiciones de emergencia, un total de seis con AAA infra renal roto y shock hipovolémico. El paciente bajo anestesia general, con tubo oro traqueal de doble lumen, se coloca en la mesa de operaciones con preparación del abdomen y del hemitórax izquierdo. Es sometido a laparotomía exploratoria y según hallazgos, puede ser necesaria la toracotomía y el control de la aorta torácica descendente, previa heparinización. Luego se claman ambas ilíacas, se abre el aneurisma, se cierran los ostium de las lumbares y al poder dominar el cuello, se traslada el clamp proximal a posición abdominal en aorta infrarrenal. Se realiza la colocación de la prótesis vascular aórtica, tubular o en pantalón según técnica habitual.

**Resultados:** Edad promedio: 58 años, diámetro promedio del aneurisma: 9 cm, presencia de shock hipovolémico: 100%, mortalidad: 50%, complicaciones: eventración 1 caso y paraplejía 1 caso. Tiempo operatorio promedio: 8 horas.

**Conclusiones:** El tratamiento del AAA infrarrenal roto es posible mediante cirugía abierta si se realiza en forma inmediata. Es recomendable realizar el clampaje temporal de la aorta torácica descendente, en los casos en que dicho clampaje sea dificultoso en el abdomen por la complicación de la ruptura; esto hasta obtener un dominio y campo operatorio apropiados a nivel abdominal.