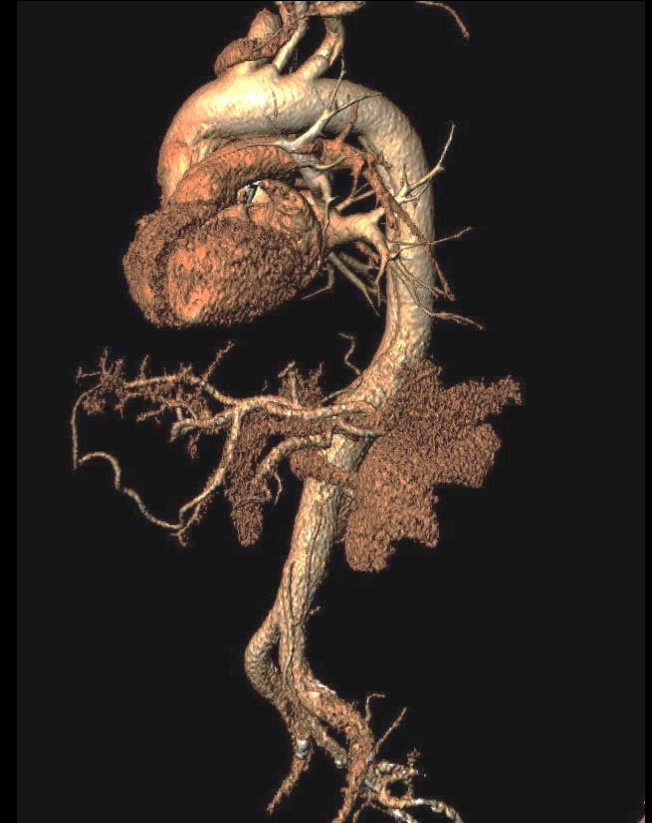


URGÈNCIES CIRURGIA VASCULAR



Dra. Patricia Rodríguez
Servei d'Angiologia i Cirurgia Vascular



Hospital Universitari de Girona
Doctor Josep Trueta

CAS CLÍNIC I

Home 65 anys sense AMC que acut a Ucies per dolor i fredor d'inici brusc EID fa 2 h.

Clínica prèvia?? Antecedents??

No fumador, no DM, no DLP.

No claudicació prèvia.

CAS CLÍNICO I

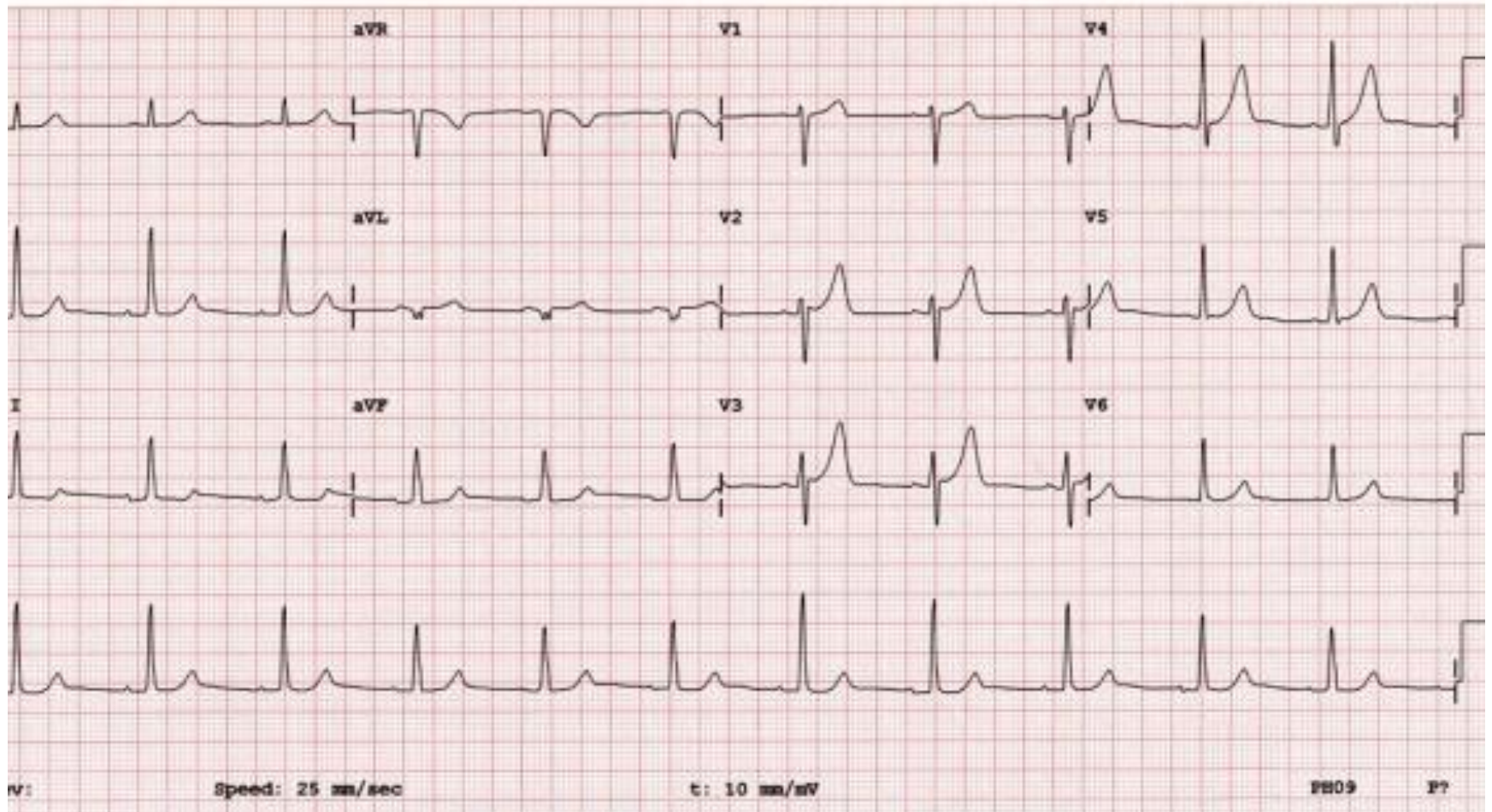


CAS CLÍNIC I

EXPLORACIÓ FÍSICA "5 P":

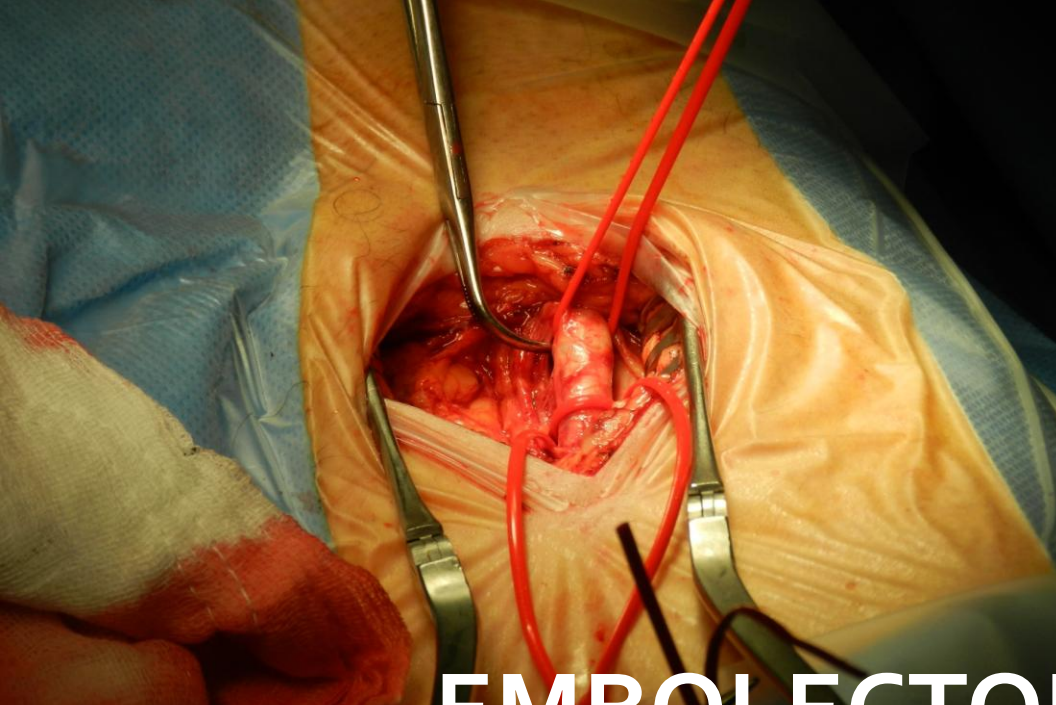
- Pain (Dolor) +++++
- Pale (Palidesa) +++++
- Pulseless (Absència de pols) +++
- Parestèsies/Anestèsia ++
- Paràlisis +

CAS CLÍNICO I

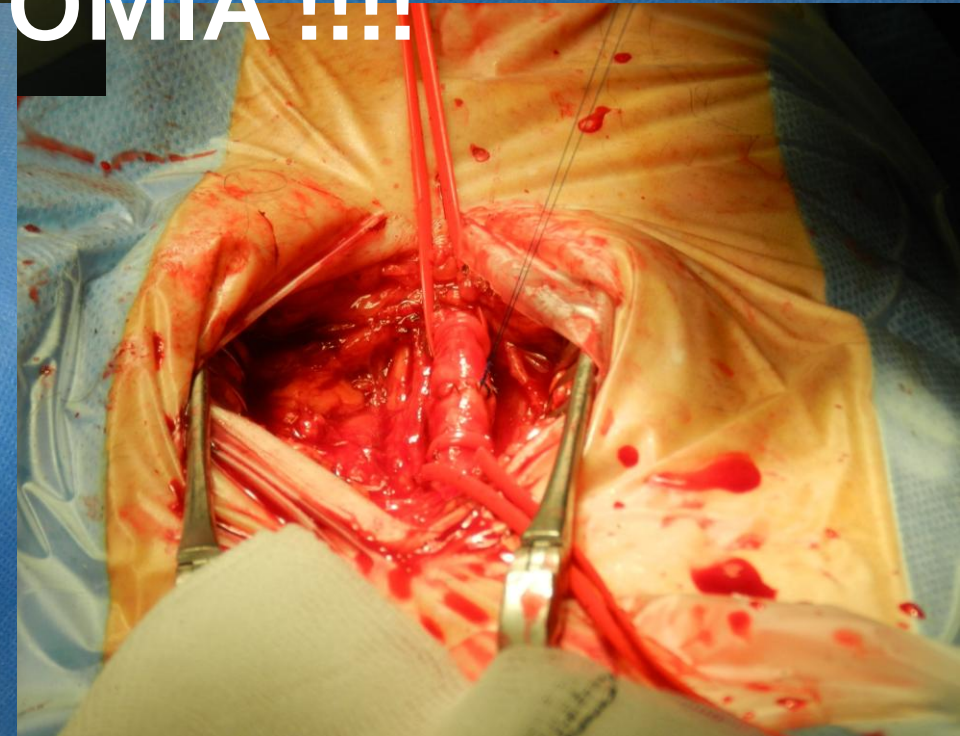
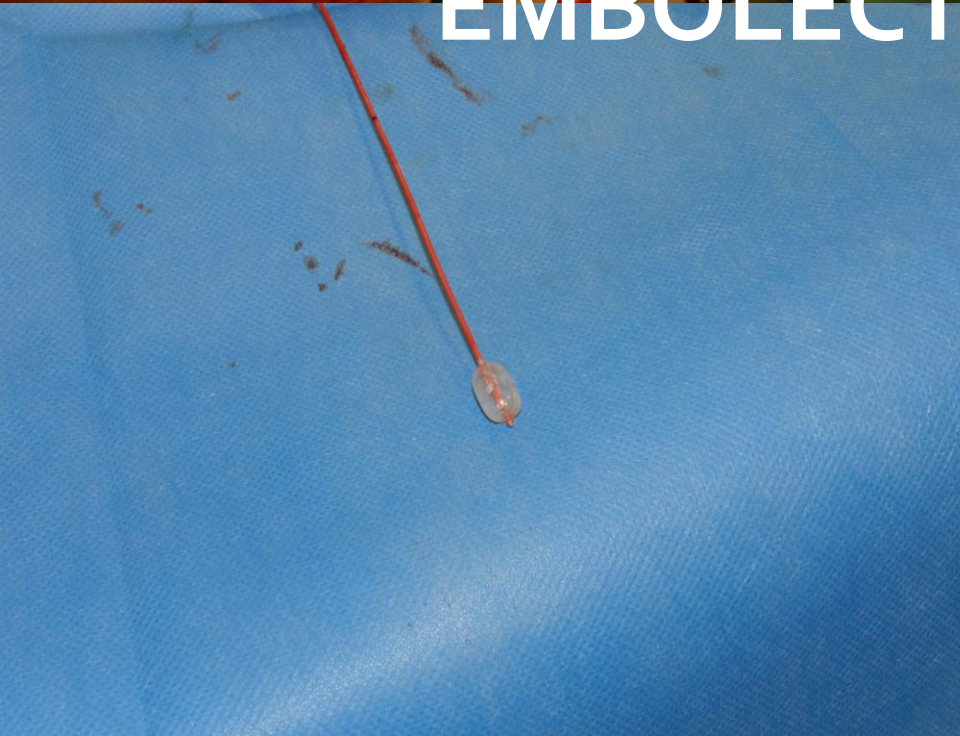


CAS CLÍNIC I

- Analítica: Hemograma, Coagulació, Equilibri venós, Bioquímica amb CKs
- NO ADMINISTRAR HEPARINA !!!!
- Analgèsia potent: Morfina
- Sèrumteràpia



EMBOLECTOMIA !!!!



CAS CLÍNIC II

Home 75 anys sense AMC que acut a Ucies per dolor al peu esquerre d'1 dia d'evolució.

Clínica prèvia?? Antecedents??

Fumador. HTA. DM. DLP.

Cardiopatia isquèmica.

Portador de bypass fémoro-popliti EEsquerre per úlcera al 1è dit fa anys.

CAS CLÍNIC II

EXPLORACIÓ FÍSICA "5 P":

- Pain (Dolor) ++
- Pale (Palidesa) ++ Cianòtic
- Pulseless (Absència de pols) +++
- Parestèsies/Anestèsia +/-
- Paràlisis +/-

CAS CLÍNIC II

- ECG: Ritme sinusal
- AG: Hemograma, Coagulació, Bioquímica amb CKs

Prova d'imatge: AngioTAC
Ttx mèdic vs quirúrgic

ISQUÈMIA AGUDA: Causes

- Embolia (Cardíaca): AC x FA, valvulopatia, IAM previ
- Trombosi (Arterial): trombosi d'artèria nativa, trombosi d'injert, trombosi d'aneurisma

20-30% pèrdua d'extremitat

Alta mortalitat- 20%

complicacions cardíagues

ISQUÈMIA AGUDA: Embòlia vs trombosis

	EMBÒLIA	TROMBOSI
Anamnesis	Cardiopatia embolígena	H ^a prèvia de claudicació
FRCV	NO	SÍ
Instauració del quadre	Molt agut	Agut/subagut
Síntoma més freqüent	Dolor	Parestèsies "acorchamiento"
Polsos a l'extremitat contralateral	SÍ	No

ISQUÈMIA AGUDA: Clínica

- Signes/Símptomes inicials:
 - Dolor, fredor, palidesa, absència de polsos, buidament venós
- Signes/Símptomes tardans:
 - Paràlisi, anestèsia, cianosi, rigidesa, edema muscular

ISQUÈMIA AGUDA: Viabilitat de l'extremitat (SVS)

Categoria	Descripció/Px	Pèrdua sensorial	Debilitat muscular
I. Viable	No amenaça immediata	No	No
Ila. Amenaça marginal	Es pot salvar amb ttx ràpid	Mínima (dits)	No
Ilb. Amenaça immediata	Es pot salvar amb IQ immediata	Extensa, dolor en repós	Lleu o moderada
III. Irreversible	Inevitable pèrdua de teixits, dany neurològic important	Anestèsia	Paràlisi, rigidesa

ISQUÈMIA AGUDA: Dx diferencial



Flegmasia cerulea dolens
Baix gast cardíac (insuficiència cardíaca greu)

ISQUÈMIA AGUDA: Consideracions

Aneurisma popliti trombosat

No claudicació prèvia

Clínica florida

Pols popliti contralateral
expansiu +/- masa abdominal
pulsàtil

AngioTAC!!!

Alt risc pèrdua d'extremitat



ISQUÈMIA AGUDA: Consideracions

Embòlia d'extremitat superior

Mateix Dx i Ttx que a extremitat inferior però molt més ben tolerada!!!

Circulació col.lateral braç i avantbraç



ISQUÈMIA AGUDA: Consideracions

- Rabdomiolisi-> equilibri venós, CKs, fx renal
SERUMTERÀPIA
- Dx diferencial: Eco-doppler, AngioTAC
- Ttx:
 - Extremitat amenaçada: Revascularització immediata PÈRDUA DE L'EXTREMITAT ÉS PROPORCIONAL AL TEMPS D'ISQUÈMIA
 - Extremitat no amenaçada: ingrés sota anticoagulació + PG ev

ISQUÈMIA AGUDA : Consideracions

- PG endovenoses
 - Alprostadilo (Sugiran[®]): 40 µgr en 250 de SF en 2-3h cada 12h
 - Potent vasodilatador perifèric: hipotensió, taquicàrdia
 - CI si insuficiència cardíaca o renal

CAS CLÍNIC III

- Pacient de 60 anys, fumador, hipertens i dislipèmic que, consulta a Ucies per quadre de dolor abdominal d'inici sobtat.
- Afectació estat general: sudoració, taquicàrdia etc...

CAS CLÍNIC III

- Dx diferencial abdomen agut:
 - Còlic nefrític
 - Isquèmia mesentérica
 - Oclusió intestinal
 - AAA

CAS CLÍNIC III



PPL?

Peritonisme ?

Massa abdominal pulsàtil ?

Polsos ?

CAS CLÍNIC III

- Hipotensió +
taquicàrdia + massa
abdominal pulsàtil =
ANGIOTAC
TORACOABDOMINAL
EMERGENT
 - Eco-abdominal???



AAA

- Hemograma, Bioquímica, Coagulació
- Proves creuades: CH + plasma + plaquetes

HEMOSTASIA HIPOTENSIVA

(TAs 80-100)

EVITAR DROGUES VASOACTIVES ??

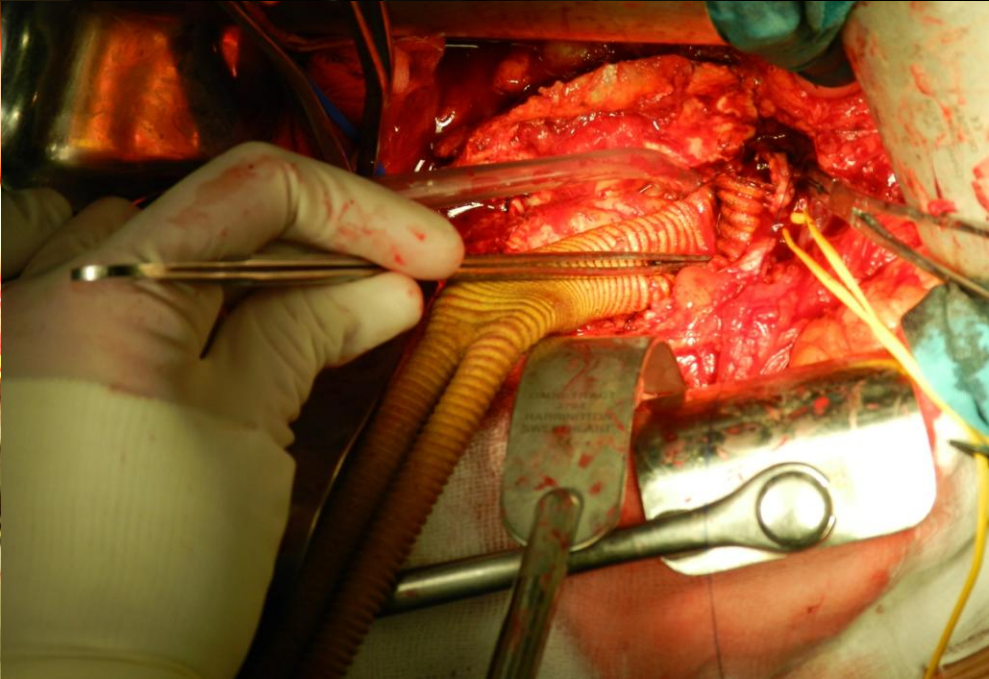
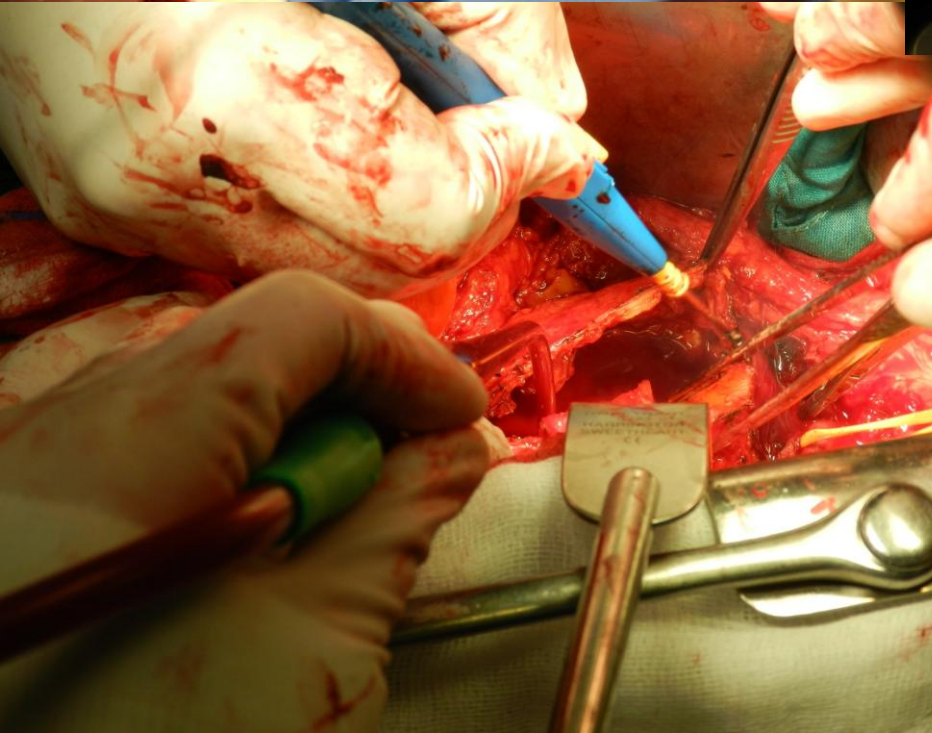
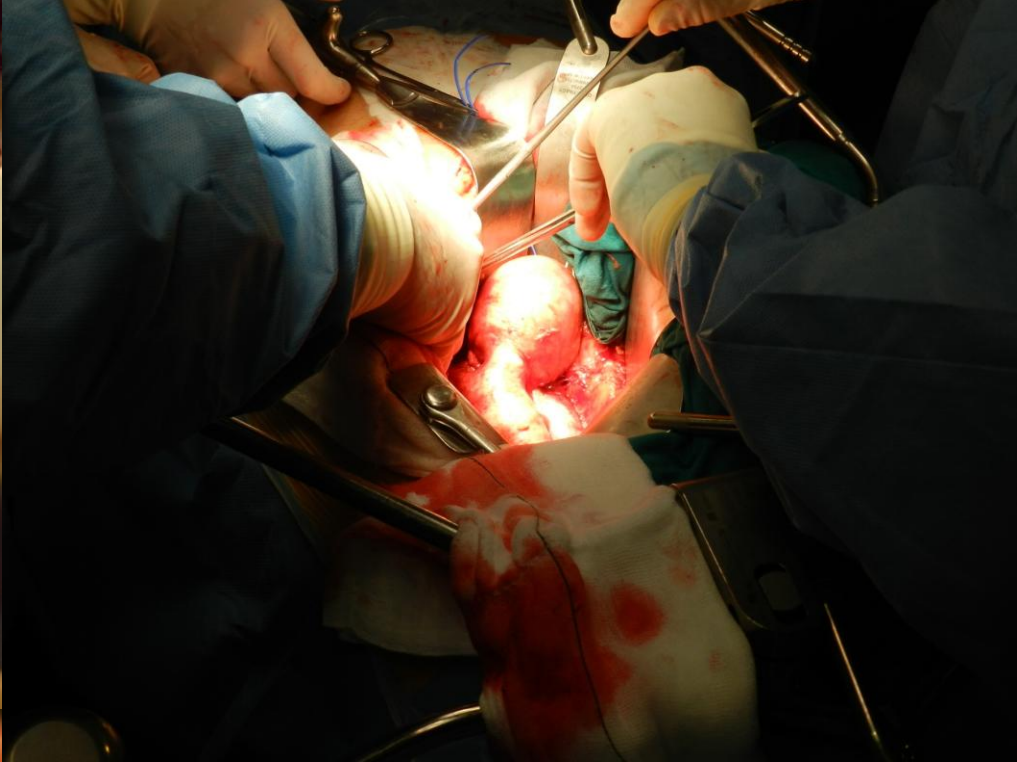
AAA fisurat

- MORTALITAT DELS ANEURISMES TRENCATS QUE ARRIBEN VIUS A L'HOSPITAL I S'INTERVENEN D'URGÈNCIA: 50%
- TAXA GLOBAL DE MORTALITAT EN ANEURISMES TRENCATS: 90%
- MORTALITAT > 73 % si XOC enfocat a altres causes

AAA fisurat : Factors preoperatoris

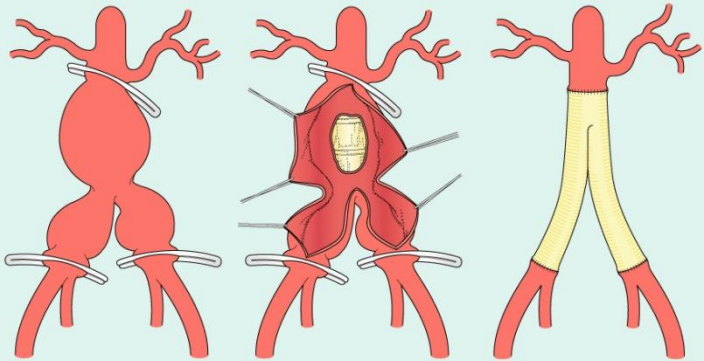
- Cardiopatia isquèmica coneguda o concomitant
- Fracàs renal previ a la IQ
- Edat > 75 anys
- Inestabilitat hemodinàmica preoperatòria
- Pèrdua de coneixement

100 % RIP



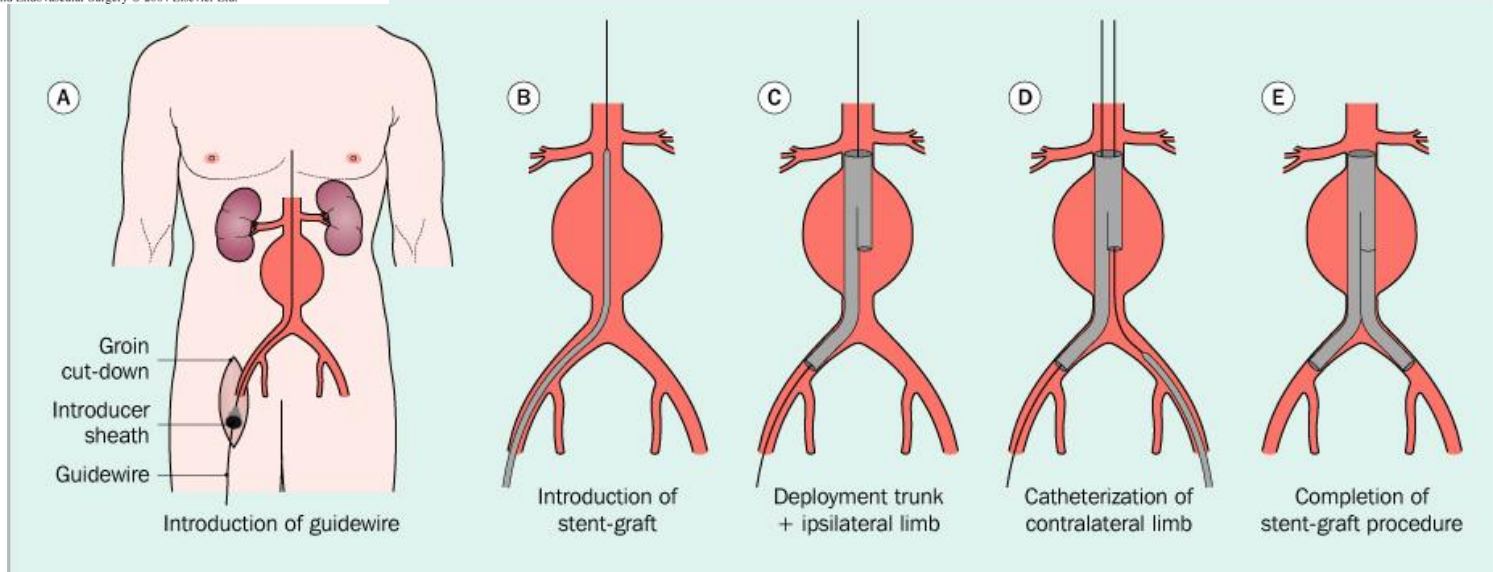
AAA fisurat: Consideracions CIRURGIA ENDOVASCULAR

Proximal and distal end-to-end anastomoses



Hallett et al: Comprehensive Vascular and Endovascular Surgery © 2004 Elsevier Ltd.

Several steps in the introduction of a stent-graft



Hallett et al: Comprehensive Vascular and Endovascular Surgery © 2004 Elsevier Ltd.

AAA fisurat

CIRURGIA ENDOVASCULAR

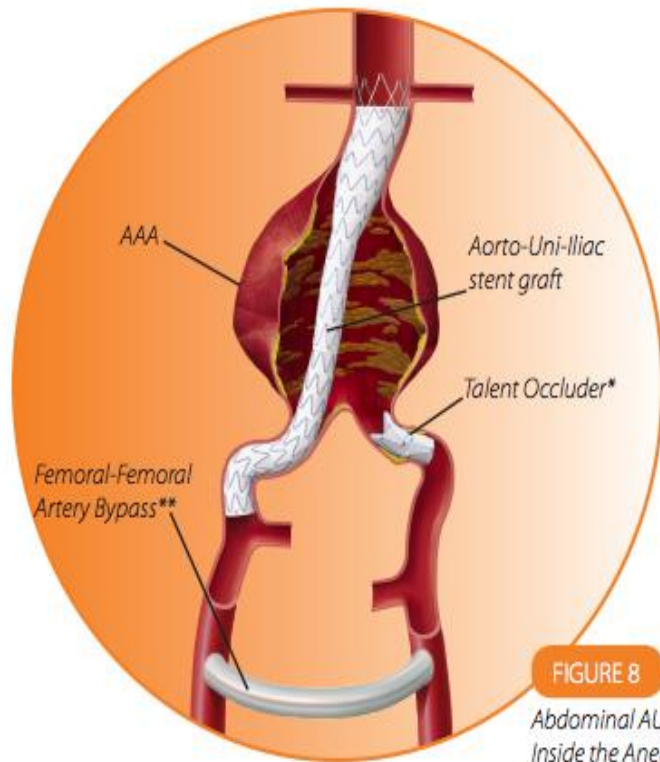
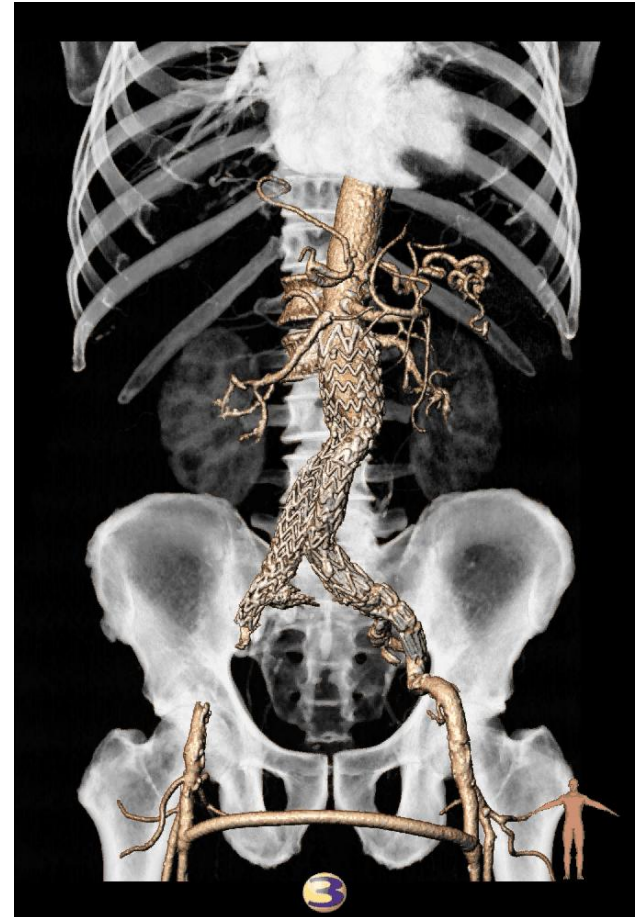
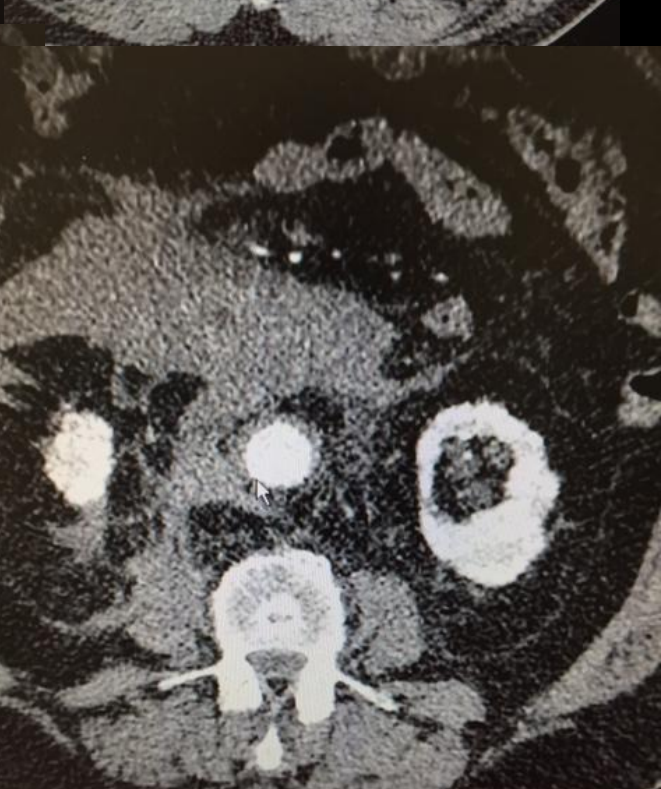
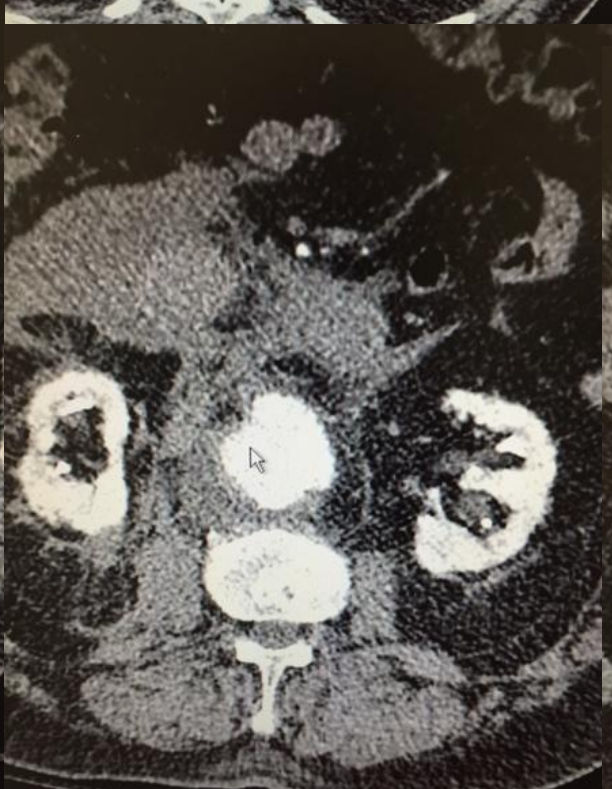
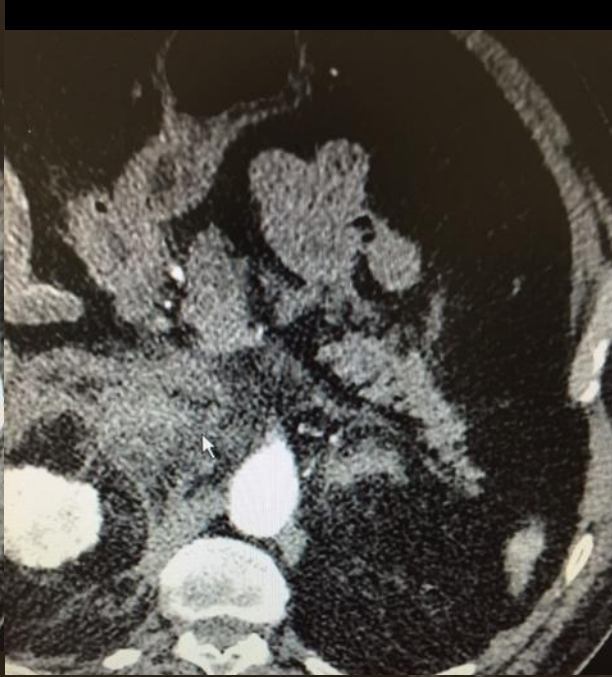


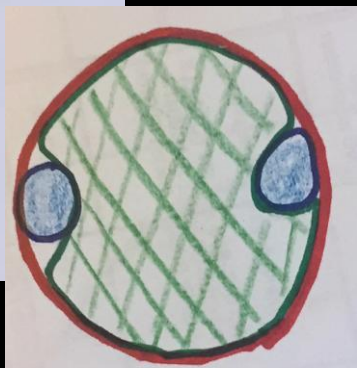
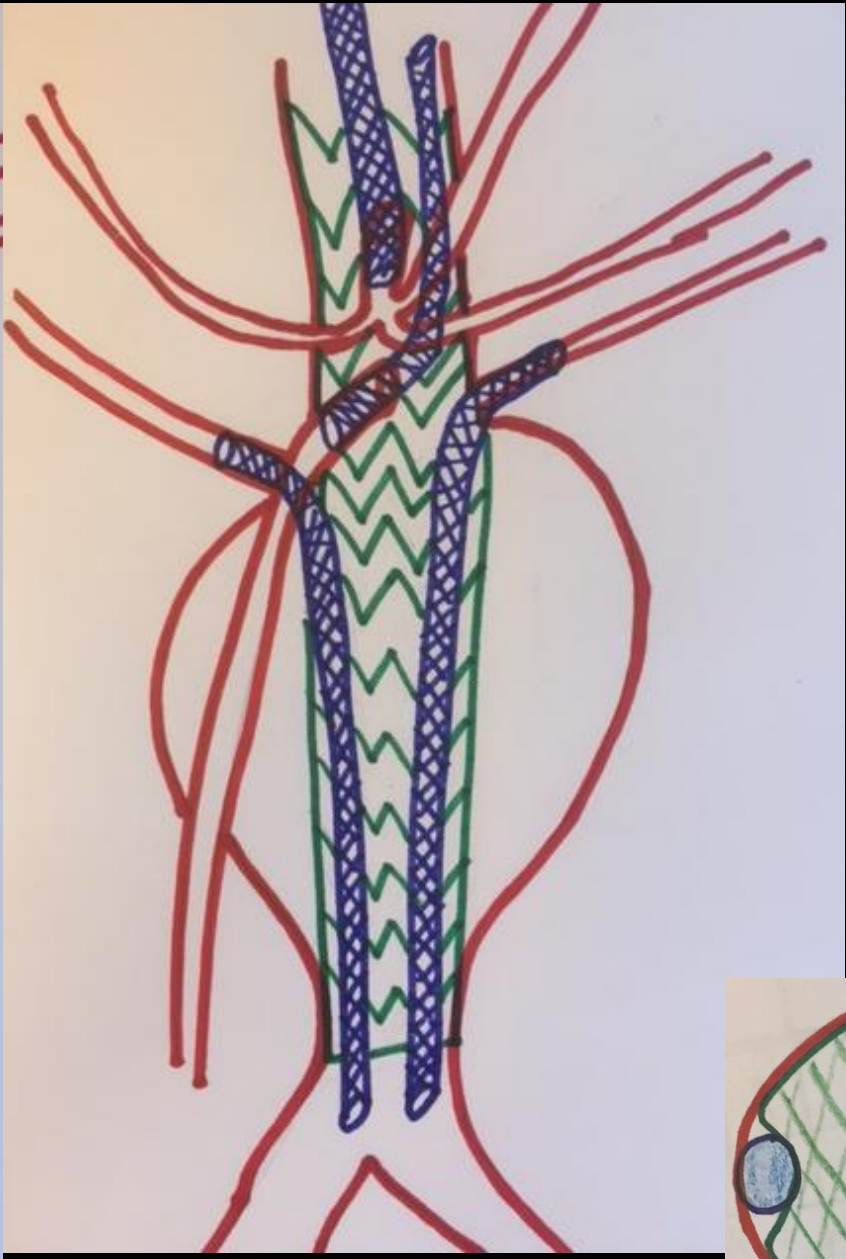
FIGURE 8

Abdominal AUI Stent Graft
Inside the Aneurysm with a
Femoral-Femoral Artery Bypass











GRÀCIES