

Abdomen Agudo Vascular



**HOSPITAL
ITALIANO**
de Buenos Aires
150 años de vida



Sociedad Argentina de Emergencias

Abdomen Agudo Vascular

Dr. Peralta Hugo A.

Jefe Médico Unidad de Emergencias

Hospital Italiano Buenos Aires

hugo.peralta@hospitalitaliano.org.ar

Epidemiología y Factores de Riesgo.

XIII causa de muerte.

Población adulta: incidencia 2-4%.

Población geronte: 11%

Historia Familiar (materna)

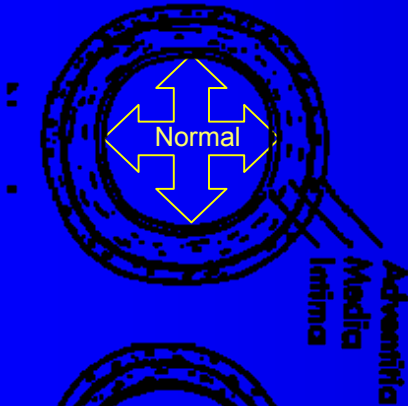
Historia de Tabaquismo.

Antecedentes de HTA

Antecedentes de Coronariopatía.

Aorta Abdominal Normal y Variantes

Compliance parietal
elastina/colágeno



Absove la Energía
Mecánica producida
por la onda del pulso

Alteración
elastina/colágeno



Genéticos
Hipertensión
Envejecimiento

Otros
Lues
Marfan
Micóticos
Trauma

XII D

- A. Diafragmática
- A. Frénica
- T. Celliaco
- S. Fástrica
- A. Hepática
- A. Renal
- A. Espermática
- A. Aorta
- A. Ilíaca Primitiva
- A. Sacra Media



Adelgazamiento
98%

2.4 cm Ombligo

Probabilidad de Ruptura

Directamente proporcional
a su tamaño

- 4 cm: 0 a 5%

4 a 5 cm: 3-12%

+ 5 cm 21-41%

Por ciento a 5 años.

Expanden 0.5 cm/año

Mortalidad

Electiva 1 a 5%.

No Electiva + 50%.

Rothrock Abdominal Aortic Aneurysms:
current clinical strategies for avoiding disaster.
Emerg Med Reports 1994: 15:125-136

Laplace: $T=Pr/t$

Bergqvist D: Risk factors for rupture of abdominal
aortic aneurysms.
Clinical review. Acta Chir Scand 1990: 155:63-8.

Recomendación

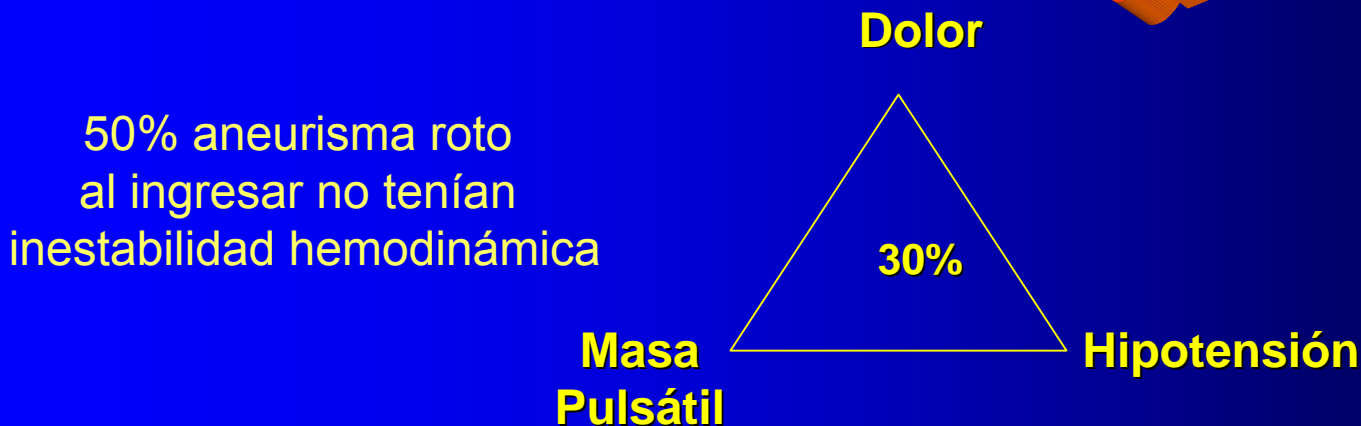
Todo aneurisma + 5 cm debe ser operado electivamente.

Gilmaker Natural history of patients with abdominal aortic aneurysm. Eur J Vasc Surg 1991: 5:125-130

Diagnóstico

Hay que diferenciar 3 situaciones claramente distintas:

- Hallazgo de Aneurisma. Urgencia
- Sospecha de Disección. Emergencia.
- Sospecha de Rotura.



Historia Natural

Todo paciente con AAA sintomático tiene alto riesgo de padecer:

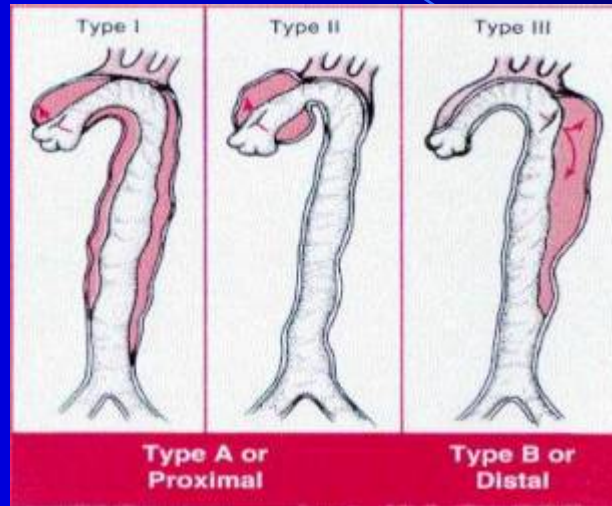
- Compresión
- Ruptura.
- Sangrado Digestivo.
- Fístula AV.
- Trombosis.
- Embolismo.



Clasificación

De Bakey (Tipo)

- I: Origen Ascendente a Arco.
- II: Limitada a porción Ascendente
- III: Afecta porción descendente.



Stanford

- A: Aorta Ascendente
- B: Distal ASI. Ascendente no afectada
- C: Ninguna de las mencionadas

Tratamiento

A: Siempre quirúrgico

Mortalidad Operatoria

8-25%

Sobrevida 5 años 75%

B: Siempre Médico

Sobrevida 80%

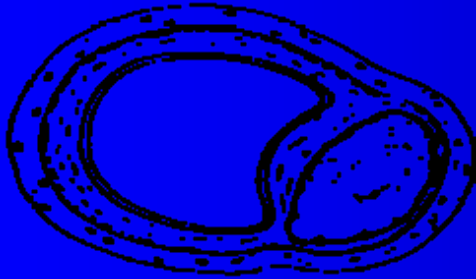
Quirúrgico:

Inestabilidad hemodinámica

Progresión de disección

Complicación

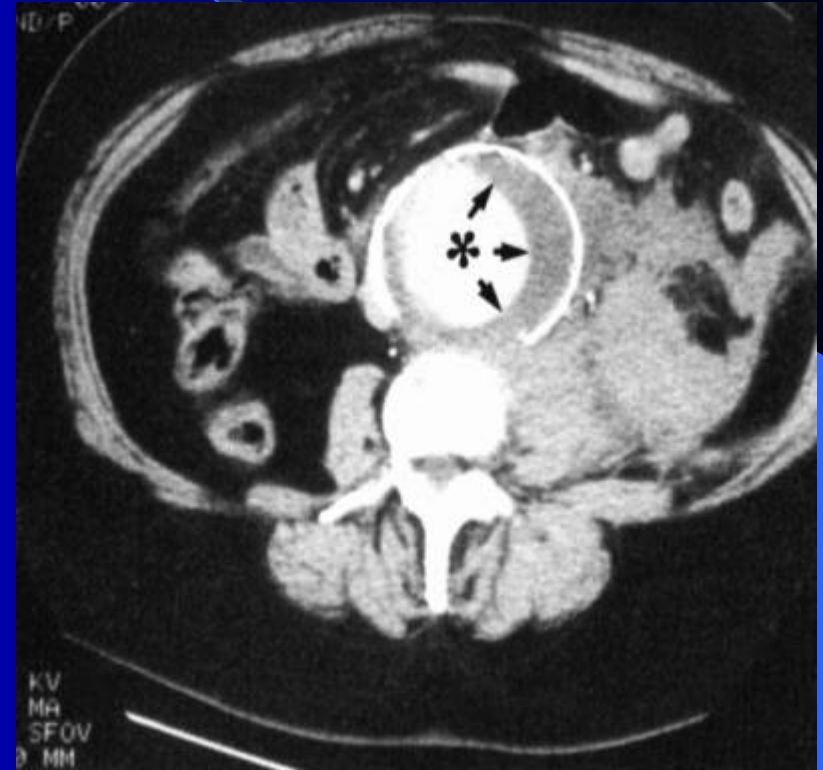
Diferencias



Disección

Fisura en íntima con formación de hematoma en la capa media.

Hematoma disecante con apertura interna y formación de una falsa luz.



Diferencias

Ruptura: 90% Mortalidad

Complicación

Ruptura externa del

Hematoma

disecante



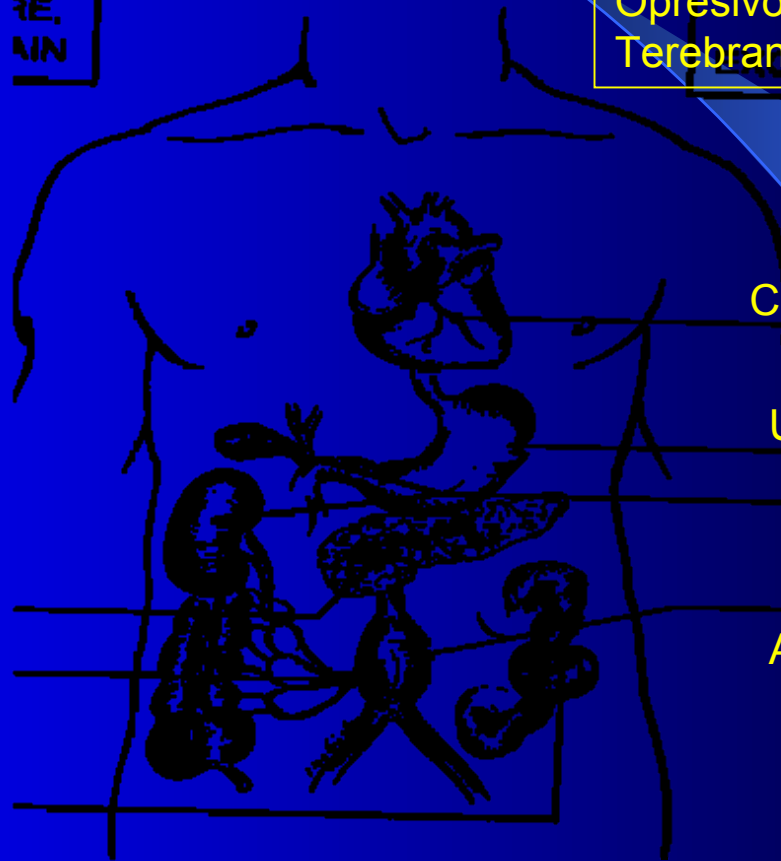
Diagnósticos Diferenciales

Dolor

Severo,
Rápido
Constante

RE,
MIN

Opresivo
Terebrante.



Coronario

Úlcera Perforada.

Cólico Renal, Biliar.

Pancreatitis
Aguda

Infarto
Mesentérico

Estrangulación

Aneurisma
Roto

Dolor

Síntoma capital.

Indica disección, expansión o ruptura: 70%.

Es abdominal, cualquier lugar, pero es más periumbilical o lateral izquierdo

Retroperitoneal (nervios, femoral, ciático, radicular, dolor por compresión directa de la columna osea, infarto renal y obstrucción ureteral.)

Puede ser severo, migra intermitente, difuso irradiado a genitales.

Diagnóstico diferencial: cólico renal.

Alta prevalencia y bajo riesgo.

Síndromes sugestivos

- Dolor que progresa en el curso de horas o días: tórax, cuello, brazos, abdomen.
 - Dolor torácico con déficit neurológico.
 - Dolor torácico con déficit de pulso.
-
- Inicialmente pueden tener otros diagnósticos.
 - Nuevo derrame o taponamiento, insuficiencia aortica

Confundidores

- Vómitos:
- Sangrado: fístula aortoentérica: fatal.
- Síncope.
- Dolor testicular.
- Síndrome radicular miembro inferior.
- Hematuria.

Manejo en Emergencias.

- Paciente asintomático: diagnóstico accidental.
- Confirmación: ECO, TAC, RNM.
- Derivación cirugía.

Manejo en Emergencias.

- Paciente sintomática y estable con diagnóstico.
- Sangrado lento, hematoma contenido.
- ECO, TAC, RNM.
- Consulta a cirugía ante la sospecha.
- Crítico: puede inestabilizarse en minutos.



Estudios Complementarios.

- Hto.
- Ácido base.
- Rto blancos.
- ECG
- Rx 90% anormal
12% normal

?

Modalidades Diagnósticas en Disección Aórtica

Test	Sensibilidad %	Especificidad %	
ETT	98	77	
TAC	94	87	
RNM	98	98	

Nienaber CA: *N Engl J Med* 328:1, 1993.

Hora de Oro.

En un paciente con diagnóstico de AAA sintomático, el factor más importante que reduce la mortalidad es reducir el tiempo desde el inicio de los síntomas hasta el inicio de la intervención quirúrgica.

Estudios Complementarios.

- Paciente inestable con diagnóstico de ruptura o leak. Prioridad es reanimación quirúrgica.
- Hipotensión es el mayor predictor de mortalidad.
- Estudios mínimos.
- Hemoderivados: coagulopatía, hipotermia.

Estabilización.

- A: vía aérea. Oxigenoterapia
- B: Respiración. Protocolo Universal
- C: Circulación. Protocolo de Shock hemorrágico.
- D:Dolor

Proteger de la hipotermia.

Tratamiento debe iniciarse antes de alcanzar la confirmación diagnóstica. Disección.

- Dolor: Morfina (2-5 mg)
- Reducir el dv/dt B bloqueantes

Propranolol 1 mg iv/3 a 5 min. Máx 10 mg

Labetalol alfa y beta (Monoterapia)

10 mg IV bolo cada 5 minutos, doblar dosis cada 15' hasta alcanzar B bloqueo o 300 mg. Dosis de mantenimiento: 1 a 2 mg/ hora

Diltiazem 0.25 mg/kg (20 mg en 70 kg) comenzar 10 mg/h.

- Reducir la TA: preservar la perfusión coronaria

NPS (50 en 500) 0.3 to 5.0 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$

- Contraindicaciones. Hipotensión:

Tratamiento debe iniciarse antes de alcanzar la confirmación diagnóstica.

Rotura

C: Circulación

- TA < 90 mmHg
- Descarte taponamiento.
- Descarte Pseudohipotensión.
- Hipotensión Real: Inicie Protocolo de Shock Hemorrágico.
 - Solución Salina, Ringer
 - Sangre Entera Universal
 - Prevenga Hipotermia.
- Continúa Hipotenso y el paciente está en Shock:
 - Noradrenalina 1 ug/min titulada cada 5 minutos (2, 3, 4 ug, etc) hasta alcanzar TA 80-90 mmHg
 - Evite Dopamina, Adrenalina, Isoproterenol.
- Considere Sonda Vesical.



**HOSPITAL
ITALIANO**
de Buenos Aires
150 años de vida



Sociedad Argentina de Emergencias

Gracias.

Dr. Peralta Hugo A.
Jefe Médico Unidad de Emergencias
Hospital Italiano Buenos Aires
hugo.peralta@hospitalitaliano.org.ar