

**Grupo con potencial de alto riesgo (un punto cada uno)**

- Hipertensión arterial;
- Fumador activo;
- Enfermedad coronaria; y
- Historial familiar con infarto cerebral.

## Prevalencia (puntos):


- 0 puntos: 2%;
- 1 punto: 14%;
- 3 puntos: 16%;
- 4 puntos: 67%

**¿Quién requiere dúplex carotídeo?**

*Jacobowitz ea.*<sup>5-6</sup>

Si hay una lesión ipsilateral al evento neurológico, se deben optimizar la presión arterial y la glucosa en sangre

y se debe realizar la endarterectomía carotídea en las primeras 24-48 horas del evento agudo.<sup>7</sup>

Los pacientes cerebrovasculares agudos deben tratarse en calidad de urgencia en una institución hospitalaria hasta que se identifique la etiología y se maneje el problema. No atender estos importantes avisos y esperar sin actuar es una decisión que no se basa en evidencia científica y que lleva a una alta incidencia de eventos cerebrovasculares evitables y a que muchos pacientes queden incapacitados. 

**Referencias**

1. Oxford, Engle: Blackwell Science; 2001; p. 223-300.
2. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;4.
3. *Int J Stroke.* 2007;2:27-39.
4. *Cerebrovasc Dis.* 1996;6(suppl 1):26-33.
5. *Journal Of vascular Surgery;* 54, 3; e1-e 31; Sept 2011.
6. *J Neuroimaging.* 2007;17:19-47.
7. *J Vasc Surg* 2008;48:480-6.

# Reparación endovascular para ruptura de aneurisma de la aorta abdominal

**Luis A. López Galarza, MD, FACS**

Presidente Sociedad De Cirujanos Vasculares y Endovasculares de PR

**Aneurisma de la aorta abdominal (AAA)**

Se trata de una condición común cuya prevalencia va en aumento, particularmente en hombres después de la sexta década de vida.

A mayor tamaño del aneurisma, mayor el riesgo de ruptura, razón por la cual la reparación profiláctica usando injertos prostéticos en cirugía abierta abdominal se ha estado ofreciendo desde 1951.<sup>1</sup> Sin embargo, la

cirugía endovascular mínimamente invasiva para el tratamiento del aneurisma fue reportada por primera vez en 1986.<sup>2</sup> Los dos principales estudios al azar comparando cirugía endovascular y cirugía abierta para tratamiento de AAA no rotos han concluido sobre el marcado beneficio de una reparación endovascular con respecto a la mortalidad operatoria a 30 días (1,8% vs. 4,3% en cirugía abierta).<sup>3-4</sup> Estos resultados han sido revalidados en grandes registros.<sup>5</sup>

Sin embargo, la ruptura de la AAA es una complicación fatal con alto riesgo de mortalidad.

## Reparación endovascular en ruptura de AAA

En los últimos cinco años, este procedimiento se ha incrementado considerablemente en todo el mundo, incluyendo Puerto Rico. Ofrece ventajas por ser menos invasivo que la cirugía abierta, elimina el daño periaórtico y sobre las estructuras abdominales, disminuye la cantidad de sangrado por la disección quirúrgica, minimiza la hipotermia y disminuye la necesidad de una anestesia profunda.

Es un procedimiento que debe hacerse en salas de operaciones híbridas donde existan imágenes fluoroscópicas y una preparación para cirugía abierta, ya que en algunos pacientes se requiere crear acceso a través de las arterias ilíacas, hacer *bypass* femoral o laparotomía para tratar síndromes de compartimiento abdominal.


El procedimiento debe iniciarse con anestesia local y canulación percutánea a través de la arteria femoral, braquial o axilar para proceder a una arteriografía aortoiliaca seguida por el control del sangrado con balón supra-celíaco y por la implementación de la endoprótesis y el sellado de la ruptura de la aorta abdominal. Esto en muchos casos previene el colapso circulatorio causado por la inducción de la anestesia general, la cual puede ser instaurada cuando el paciente esté hemodinámicamente estable.

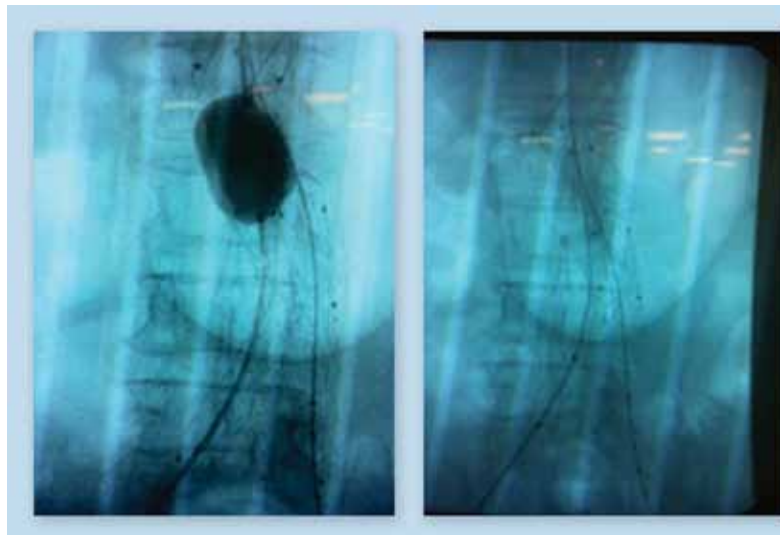
## Cirugía abierta vs. reparación endovascular en ruptura de AAA

La reparación endovascular puede mejorar la supervivencia en la ruptura de AAA, pero esto no ha sido definitivamente establecido. En revisiones retrospectivas, la reparación endovascular para ruptura de AAA ha mostrado un menor grado de mortalidad que la cirugía abierta (16-31% versus 34-44%). Esto puede deberse a una disminución marcada del tiempo de isquemia a los tejidos. Sin embargo, el único estudio al azar prospectivo comparando cirugía abierta con cirugía endovascular para el tratamiento de ruptura de AAA no mostró diferencias en la mortalidad.<sup>6</sup>

## Conclusión

Estas técnicas endovasculares pueden tener el beneficio

de aumentar la supervivencia cuando son usadas en pacientes de alto riesgo que no tolerarían una cirugía abierta, en pacientes con inestabilidad hemodinámica y con profundo colapso circulatorio, en pacientes con abdomen hostil con múltiples operaciones previas o en pacientes imposibilitados de recibir transfusiones. 



Balón endovascular e implante de endoprótesis

## Referencias

1. Dubost C, Allary M, Oeconomos N.; Treatment of aortic aneurysms; removal of the aneurysm; re- establishment of continuity by grafts of preserved human aorta. Mem Acad Chir (Paris) 1951;77:381-3.
2. Volodos N, Shekhanin VE Karpovich IP, Troian VI, Gurev I. A self-fixing synthetic blood vessel endoprosthesis. Vestn Khir Im I I Grek 1986;137:123-5 (In Russian.)
3. EVAR trial Participants. Comparison of endovascular aneurysm repair with open repair in patients with abdominal aortic aneurysm; 30 day op. mortality results: randomized, controlled trial. Lancet 2004;364:843-8.
4. The United Kingdom EVAR trial investigators. Endovascular vs. open repair of AAA; N Engl J Med 2010;1863-71.
5. Schermerhorn ML O'Malley AJ, Jhaveri A, Cotterill P, Pomposelli F, Landon BE. Endovascular vs. open repair of abdominal aortic aneurysms in the Medicare population. N Engl J Med 2008; 358:464-74.
6. Hinchliffe RJ, Bruijstens L, Mac Sweeney ST, Braithwaite BD. A Randomized trial of endovascular and open surgery for ruptured AAA. Eur J vasc Endovasc Surg 2006;32:506.