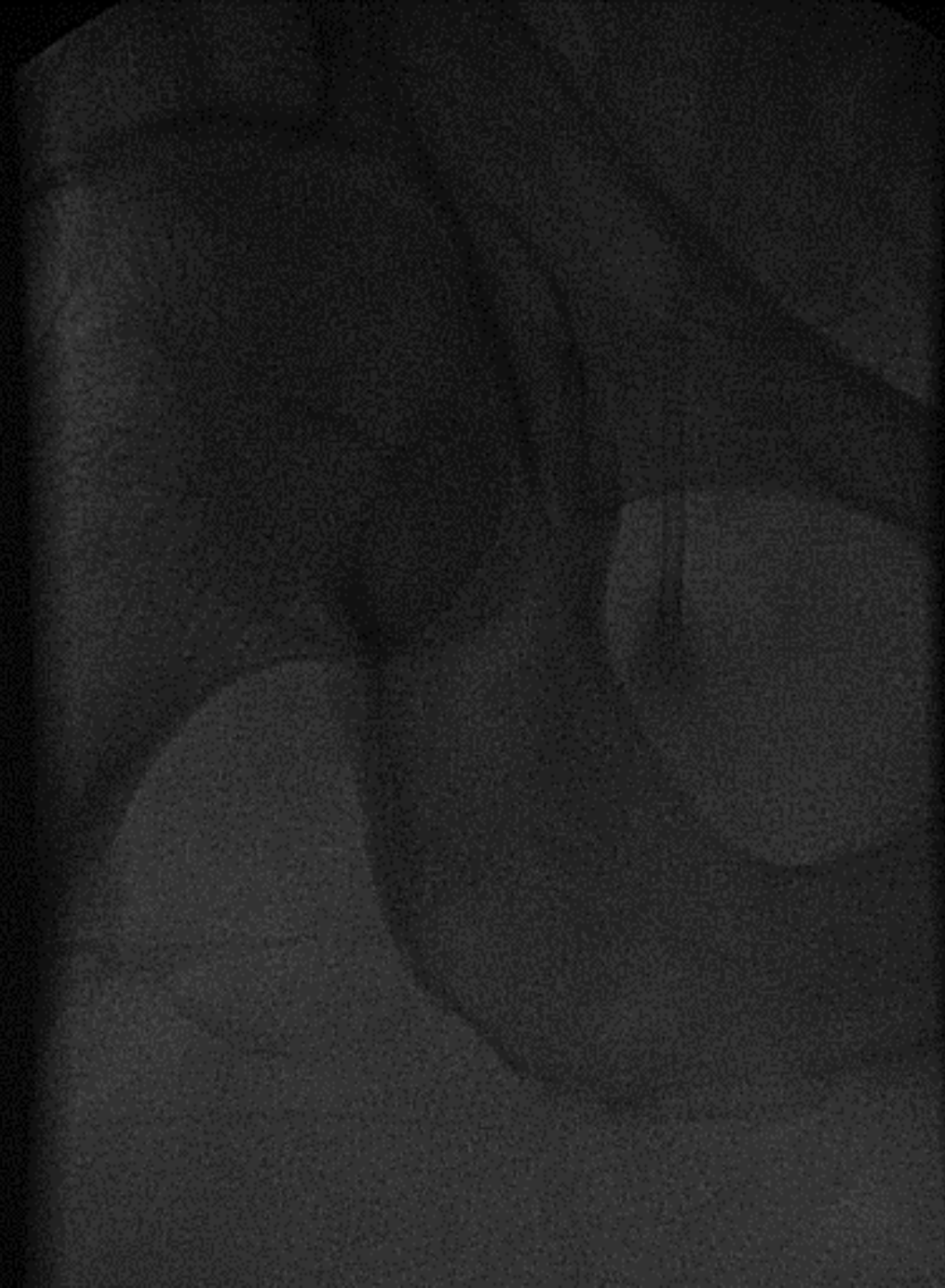


**TERAPEUTICA ENDOVASCULAR NO
CONVENCIONAL EN TROMBOSIS ARTERIAL
AGUDA.
RESCATE DE MIEMBRO INFERIOR.**

Dr. Manuel Huamani Vasquez.
Hemodinamia Sanatorio Argentino.
La Plata.

- ▣ Pcte. Masculino, 53 años.
- ▣ MC: 02/08/2012. Dolor e impotencia funcional de miembro inferior derecho de 1 semana de evolución que no cede con analgesicos.
- ▣ AEA: Dolor y cianosis infrapatelar en MID progresiva, consulta guardia de hospital público donde es medicado con AINES. Por progresión de los síntomas y tumefacción del miembro realiza nueva consulta en la fecha indicandose internación con Dg de oclusión arterial aguda.
- ▣ AP: HTA esencial, dislipemia, tabaquista, AHF coronarios. Medicado con bisoprolol , AAS y estatinas.
- ▣ Ex. Fisico: R1R2 4 focos nf. SSAo 2/6. Ingurgitación yugular 2/4. BEAB sin ruidos agregados. MID lividez y cianosis infrapatelar, diferencia de temperatura del miembro. TA 170/100 mmHg. Estudios complementarios: ECG ritmo sinusal e HVI. Eco-doppler arterial de miembro inferior derecho informa oclusión de arteria femoral superficial en su segmento medio. Laboratorio: glucemia 1,66 mg/dl. urea 0,42 mg/d. Hcto 50%.
- ▣ Se interna en UCO e indica anticoagulación con heparina sódica, cilostazol, goteo de buflomedil, analgesia con nalbufina con buena respuesta inicial con **ATENUACIÓN** del dolor con mejoría de la signo sintomatología.
- ▣ Evolución: a las 48 hs del ingreso paciente manifiesta reaparición del dolor, máxima intensidad. Se solicita arteriografía de urgencia.





- **Problema.** Paciente con dg. oclusión arterial aguda sin respuesta favorable del tratamiento farmacológico y con signos de agravamiento progresivo (aparición de trastornos tróficos, sensoriales y déficit motor), con amenaza inminente de la viabilidad del miembro.
- Se plantea conducta invasiva endovascular (tromboaspiración-angioplastia) vs. Quirúrgica (Fogarty).
- **Estrategia.** La necesidad de revascularizar en forma inmediata, amplia y profunda del miembro y la disponibilidad del servicio de hemodinamia, nos convocan para el abordaje. Punción anterograda, aspiración de trombos, infusión directa de drogas, angioplastia con stent.























Control
final



Terapeutica endovascular:

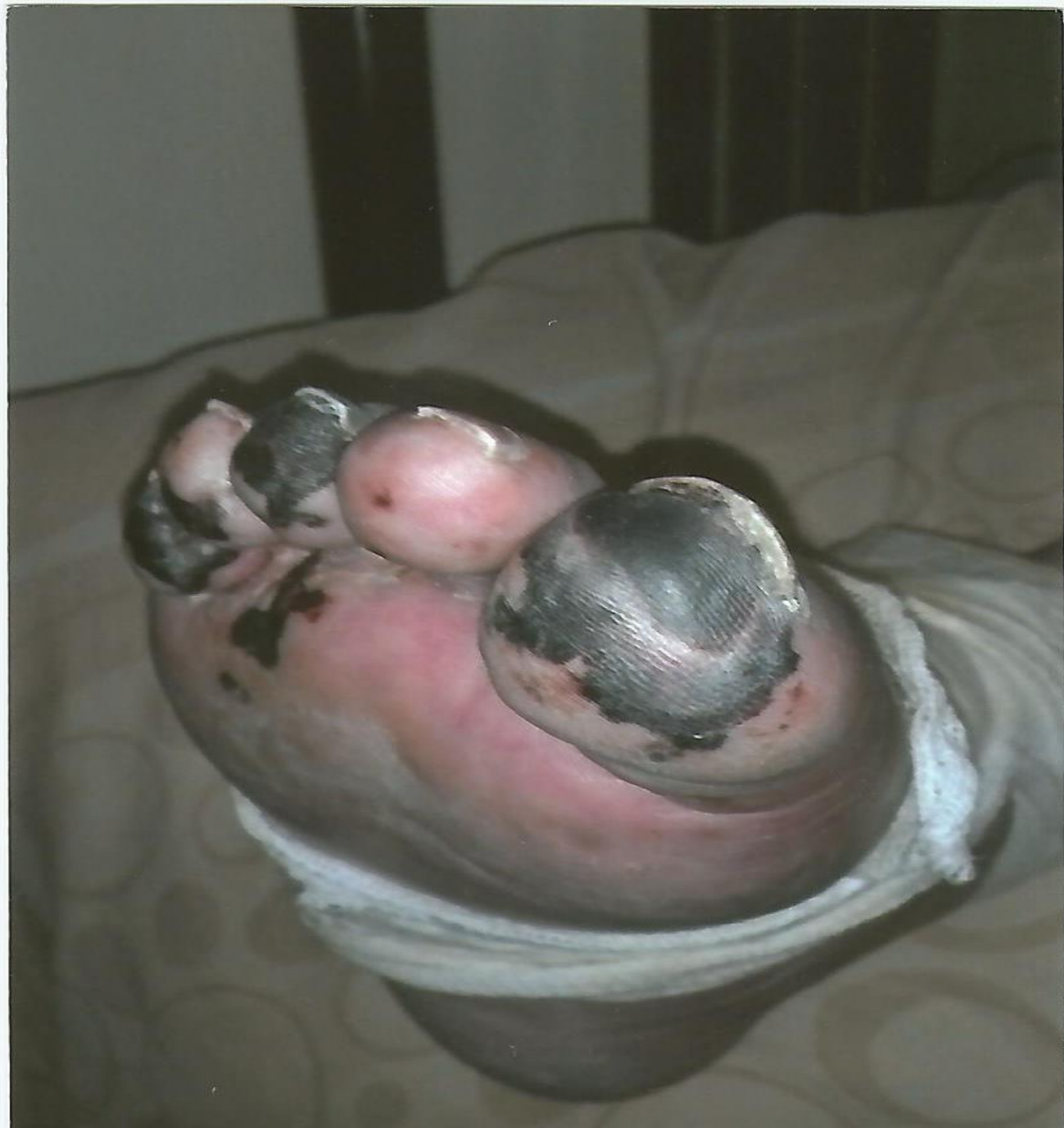
- Se realiza punción anterograda colocación de introductor 7f.
- Cateter guia JR 6f cruce de oclucion con cuerda Magic, se realiza tromboaspiración y controles.
- Infusion lenta e intermitente de trombolitico (estreptoquinasa), por alto contenido trombotico residual.
- - Angioplastia con balón 4.0x40mm (femoral superficial) y 3.0x28mm (tibial anterior).Implante de stent CWS 7.0x50mm (FS) y Liberté 4.0x20mm (TA).
- Control. Flujo enlentecido. Infusión en bolos de NTG,adenosina y papaverina intraarterial.
- Paciente vuelve a UCO (luego de 4 hs de procedimiento), con signos de reperfusión del miembro (hiperhemia), se realiza toilette y completa goteo de STK (total 750,000 UI heparina sódica a dosis de anticoagulación. Se indican protectores gastricos, control de glucemias con insulina corriente, cilostazol, clopidogrel y atorvastatina, tto antibiotico con metronidazol y clindamicina.Se rota anticoagulación por via oral, alta a la semana por franca mejoría.
- Control semanal y mensual paciente con lesiones tróficas y de embolia distal, deambulando apoyado con baston. Al sexto mes se suspende ACO quedando con triple esquema antiplaquetario. Doppler arterial informa flujos en Femoral superficial, Tibial anterior y tibial posterior distal positivos.
- Resultados: Angioplastia de rescate de miembro inferior exitosa.



post-ATP











Marzo
2013



Marzo
2013







Muchas gracias!!!!



XXVII Jornadas SOLACI
8 / 9 de Octubre 2015

LIMA
PERU

SOLACI
SOCIETAT
LIMASINCA
DE "CARTOGRAFIA
ADMINISTRATIVA"