

XXIII Jornadas SOLACI
9° Región Centroamérica y el Caribe
7 y 8 de Agosto de 2014



Sociedad Puertorriqueña de
CARDIOLOGÍA
INTERVENCIONAL

Sheraton Puerto Rico Hotel & Casino
San Juan, Puerto Rico

informes: www.solaci.org
(5411) 4954-7173

Cupo Limitado

Informes e inscripción: jornadas@solaci.org

MANEJO ENDOVASCULAR DE LOS SÍNDROMES AGUDOS DE LA AORTA TORÁCICA

SAN JUAN 2014



Dr. Jorge Mayol

Servicio de Cardiología Intervencionista

Centro Cardiológico Americano

Montevideo - Uruguay



Importancia del tema para el Cardiólogo Intervencionista

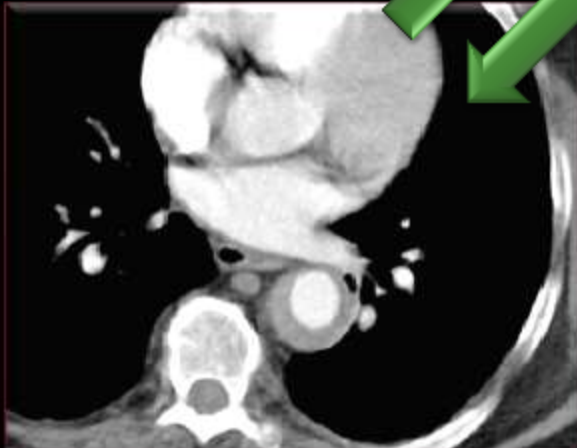
- Elevada morbimortalidad
- Pacientes referidos al “Equipo cardíaco”
- Avances en el tratamiento endovascular
- Número creciente y mejor diseño de endoprótesis implantadas
- Guías 2010 de las sociedades científicas
(ACCF/AHA/AATS/ACR/ASA/SCA/SCAI/SIR/STS/SVM)

Síndromes Agudos de la Aorta Torácica

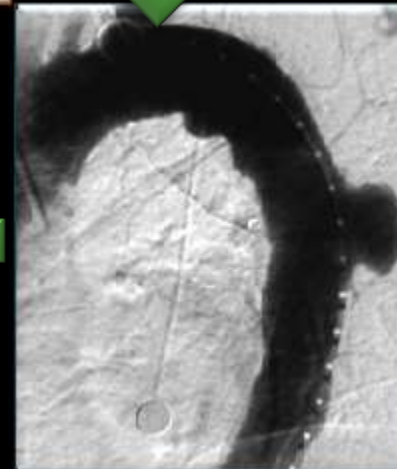
Disección clásica



Rotura Traumática



Hematoma Intramural



Úlcera Aórtica



Disección de Aorta Torácica

Recomendaciones para el manejo definitivo



La consulta urgente con **“equipo cardíaco”** debe ser realizada en todos los pacientes con diagnóstico de disección de aorta torácica, independientemente de su localización anatómica



La disección de aorta torácica que involucra la aorta **ascendente** debe ser evaluada urgentemente para una **cirugía** de reparación

....

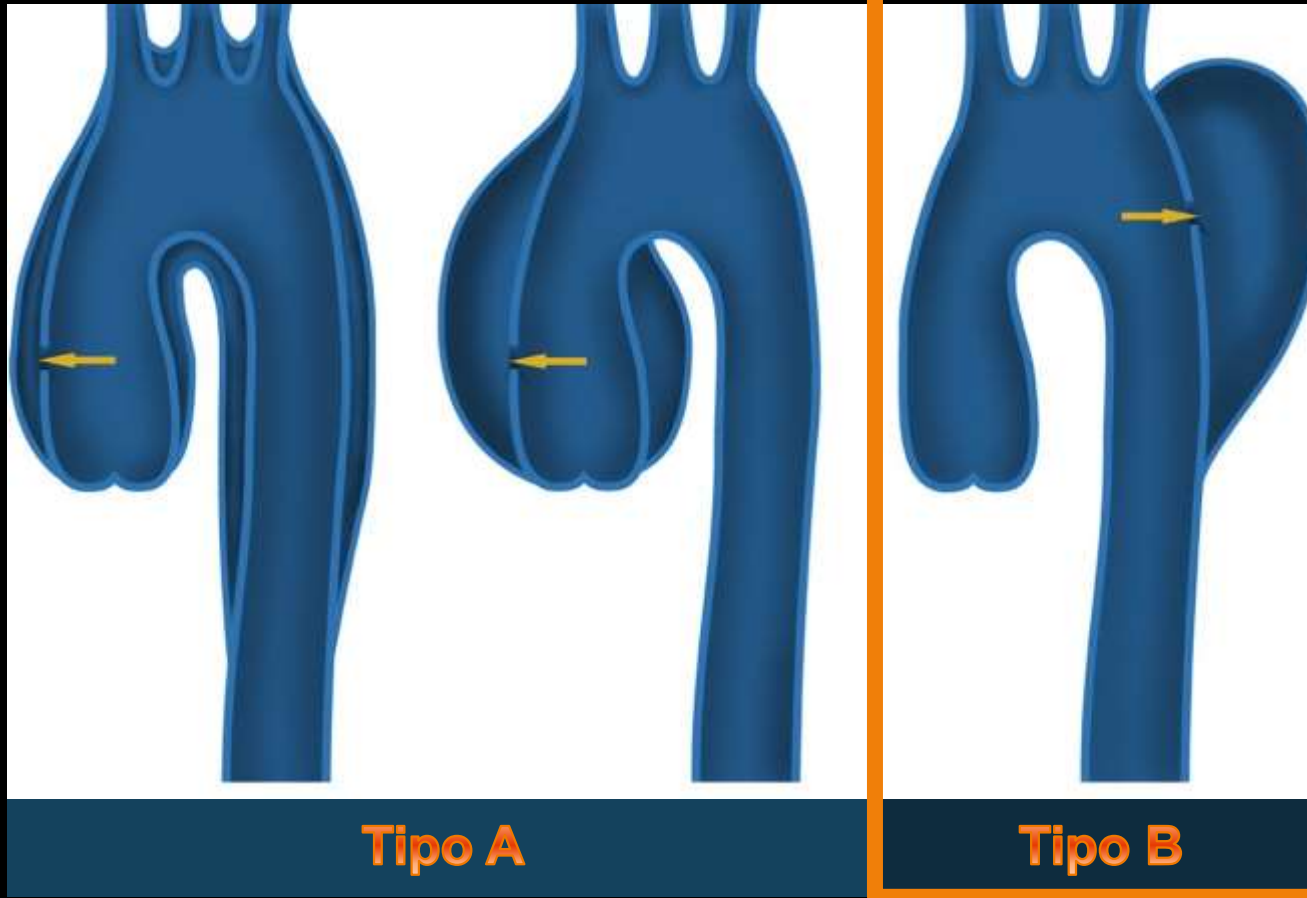
Clasificación en base a la anatomía

**De Bakey
(1965)**

Tipo I

Tipo II

Tipo III



**Stanford
(1970)**

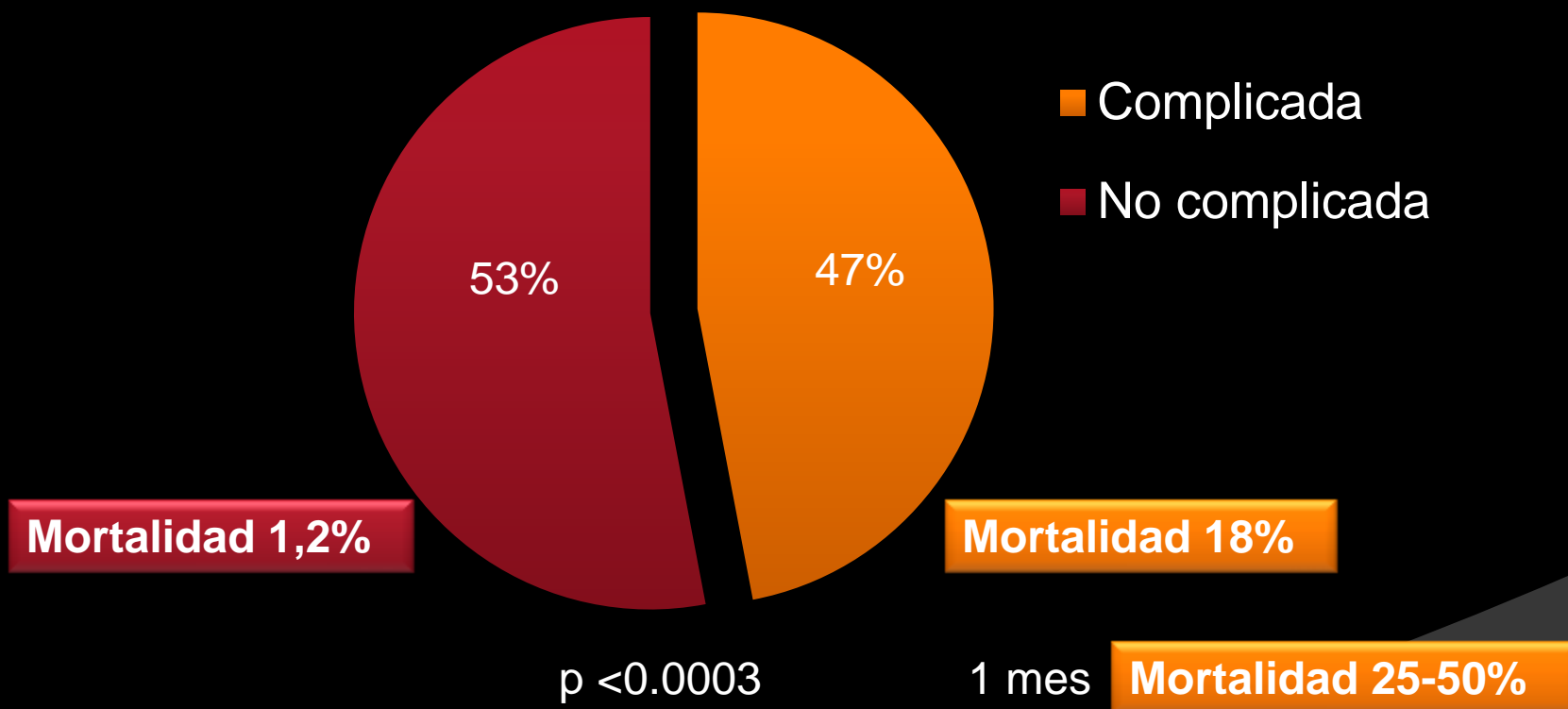
Tipo A

Tipo B

Disección tipo B

Mortalidad a las 48 hs.

159 pacientes con Disección Tipo B



Disección tipo B

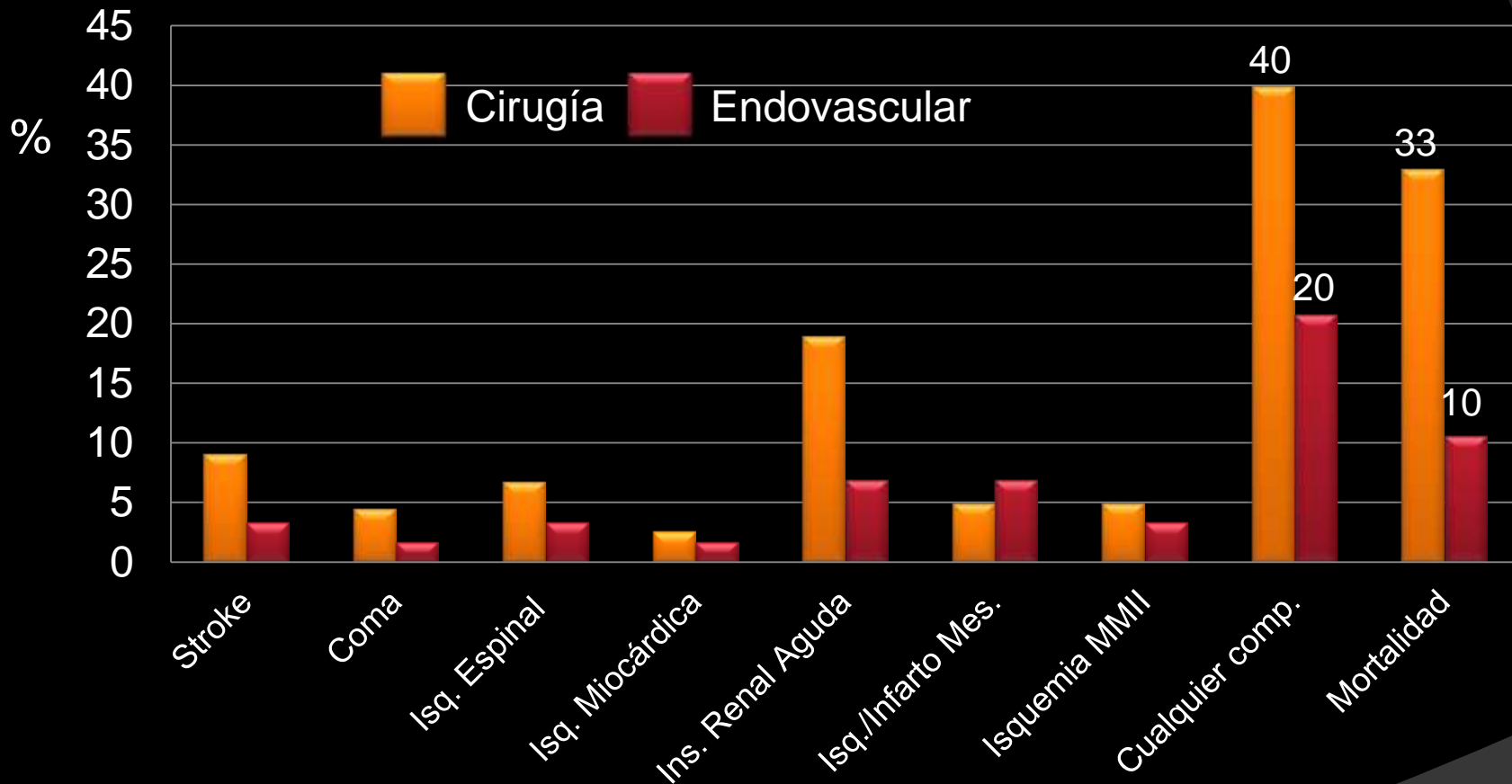
Complicaciones

Tipo	Complicación
Cardiovascular	Síncope
	Taponamiento Cardíaco
Neurológica	ACV - AIT
	Paraplegia - paraparesia
	Isquemia espinal
Pleuro-pulmonar	Derrame pleural
Gastrointestinal	Isquemia o infarto Intestino-Mesentérico
Renal	Insuficiencia Renal
	Isquemia o infarto renal
MMII	Isquemia de MMII

Dolor persistente

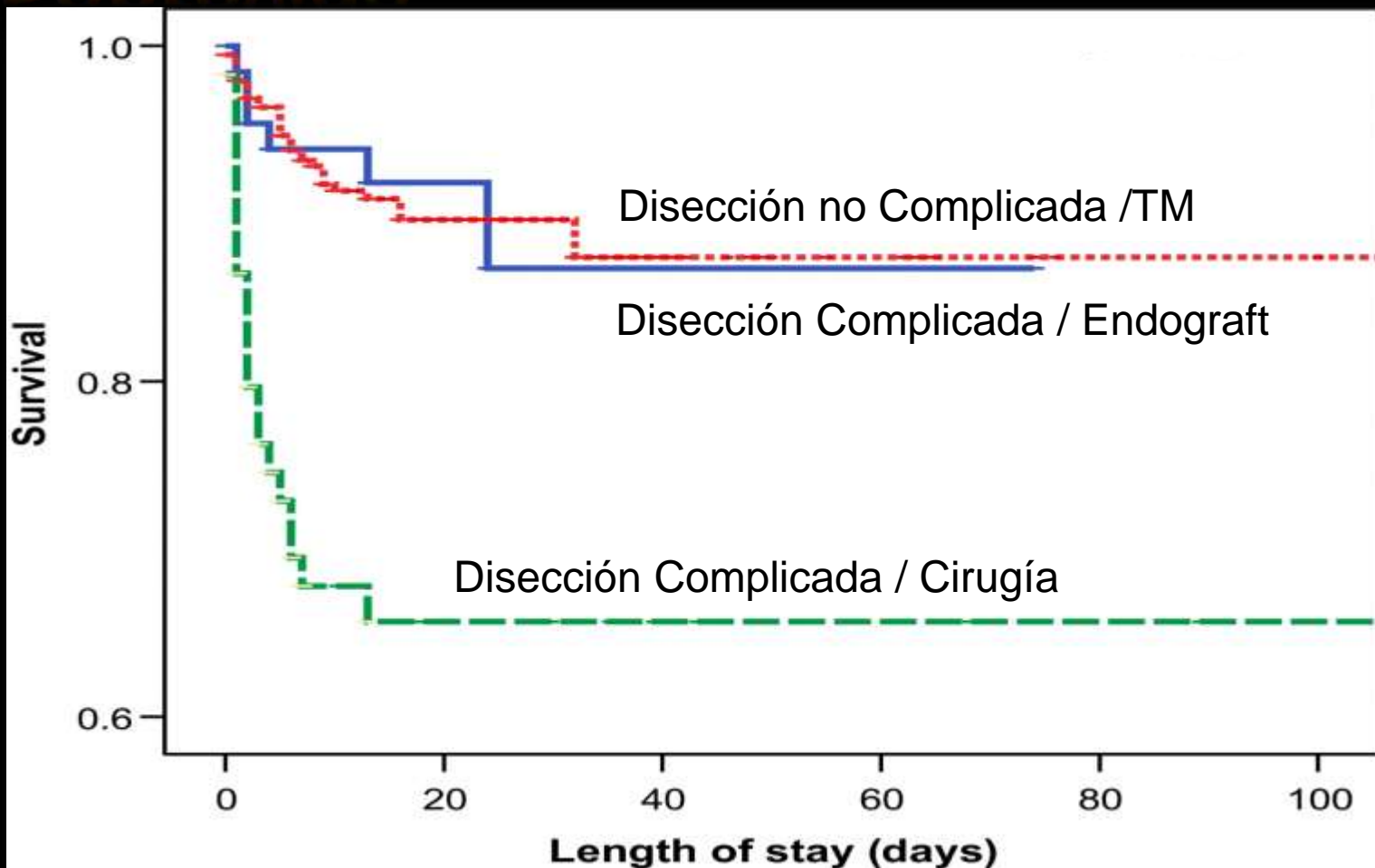
Hipertensión Incontrolada

Diseccción Aguda tipo B Complicada Cirugía vs. Endovascular



Cirugía abierta vs. Endovascular
Mortalidad (OR 3.41, p=0.05)

Disección tipo B Sobrevida



$p < 0.001$

Disección de Aorta Torácica

Recomendaciones para el manejo definitivo



Intervenir en la disección de aorta torácica tipo B complicada

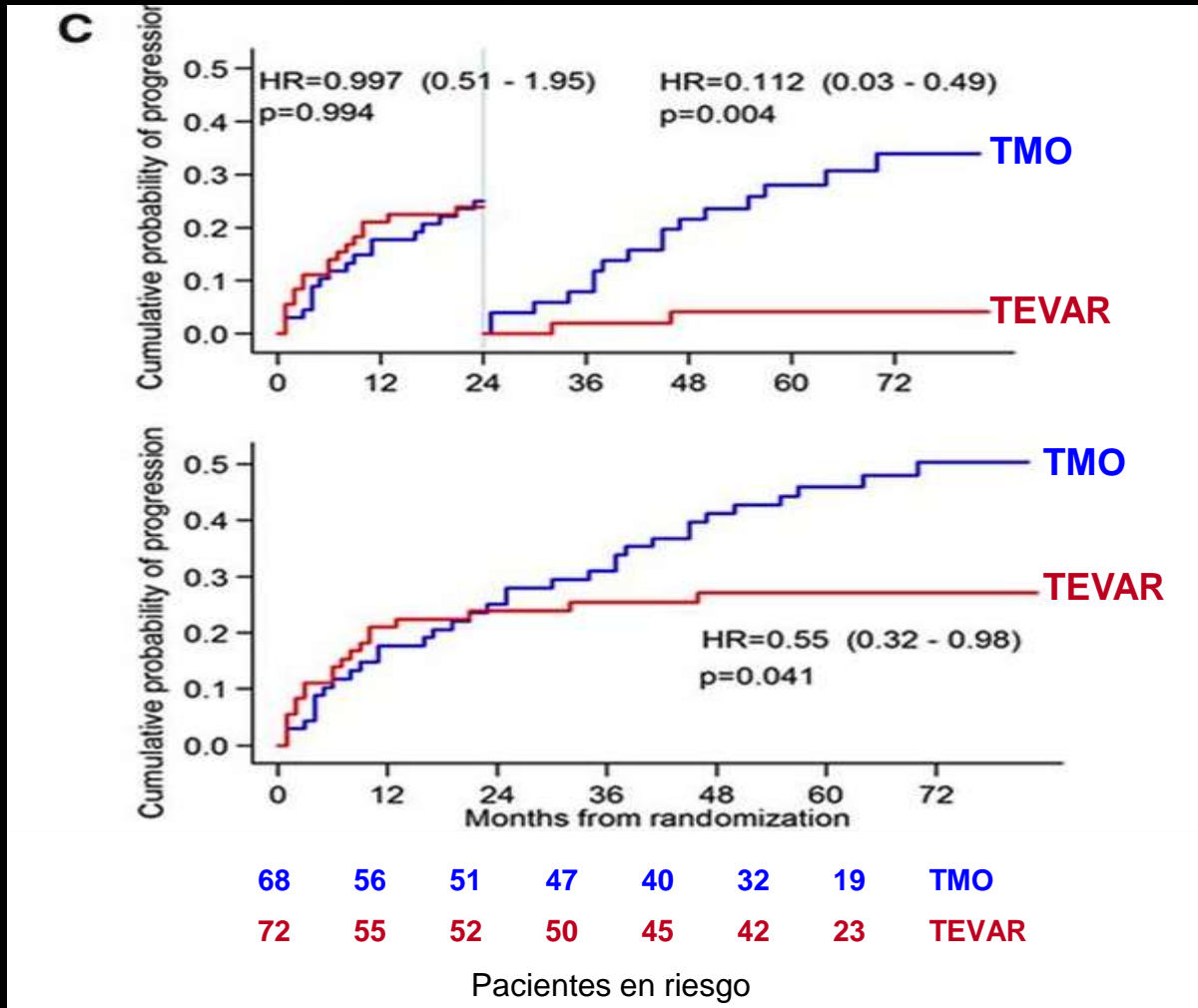


La disección de aorta torácica que involucra la aorta descendente **NO complicada** debe ser seguida en tratamiento médico, al menos que aparezcan complicaciones de riesgo vital (sindr. malperfusión, progresión de disección, crecimiento del aneurisma, HTA o síntomas incontroladas)

INSTEAD-XL trial

Eventos Adversos a 5 años

- Muerte aórtica
- Conversión
- Procedimientos 2arios.



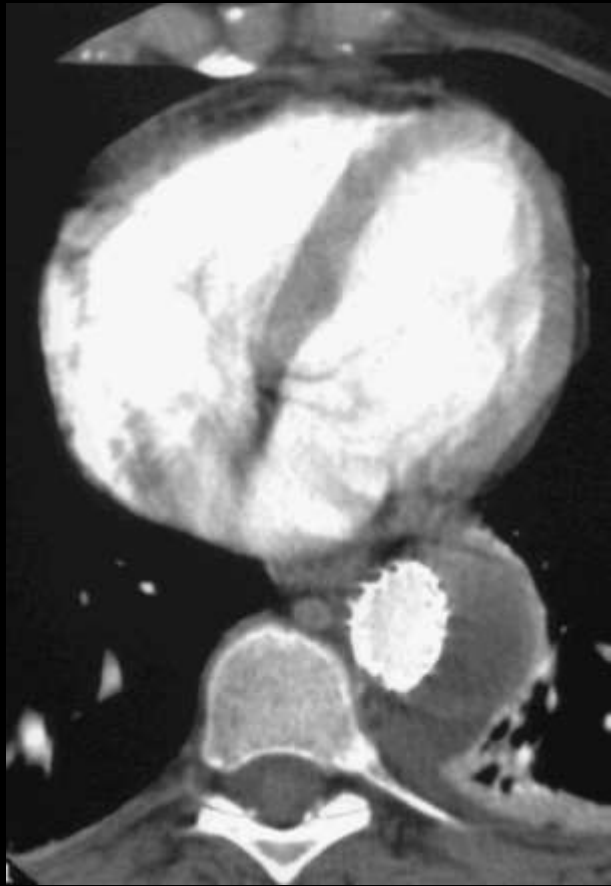
Conclusiones: En la disección aórtica tipo B no complicada, TEVAR reduce la progresión de la enfermedad mejorando el pronóstico a largo plazo

Objetivos del tratamiento

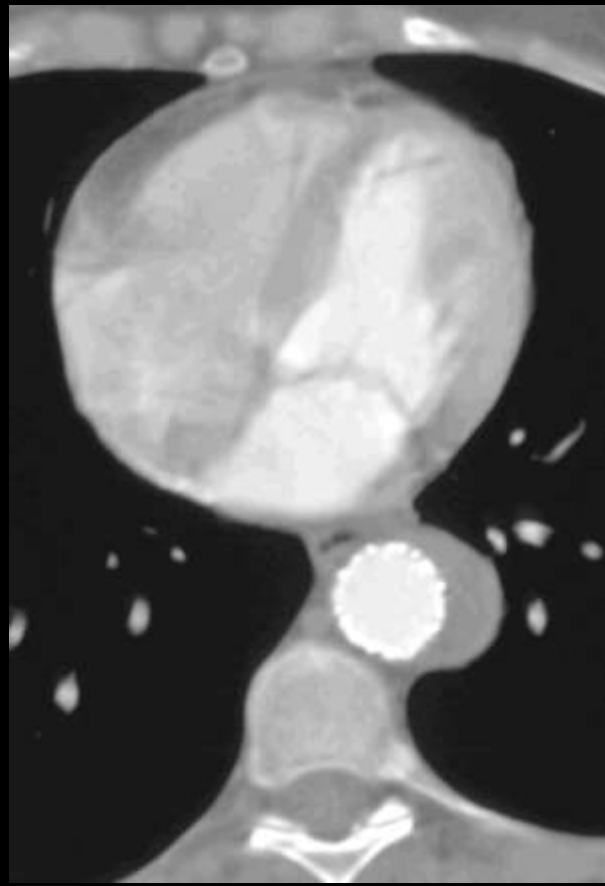
- ◉ Despresurizar la falsa luz
- ◉ Reorientar el flujo a la luz verdadera
- ◉ Cerrar la(s) brecha(s)
- ◉ Manejo del Sindr. de malperfusión
 - Reperfusión de órganos blanco de la malperfusión

Objetivos del tratamiento

Cerrar la brecha – Despresurizar la FL



INICIAL



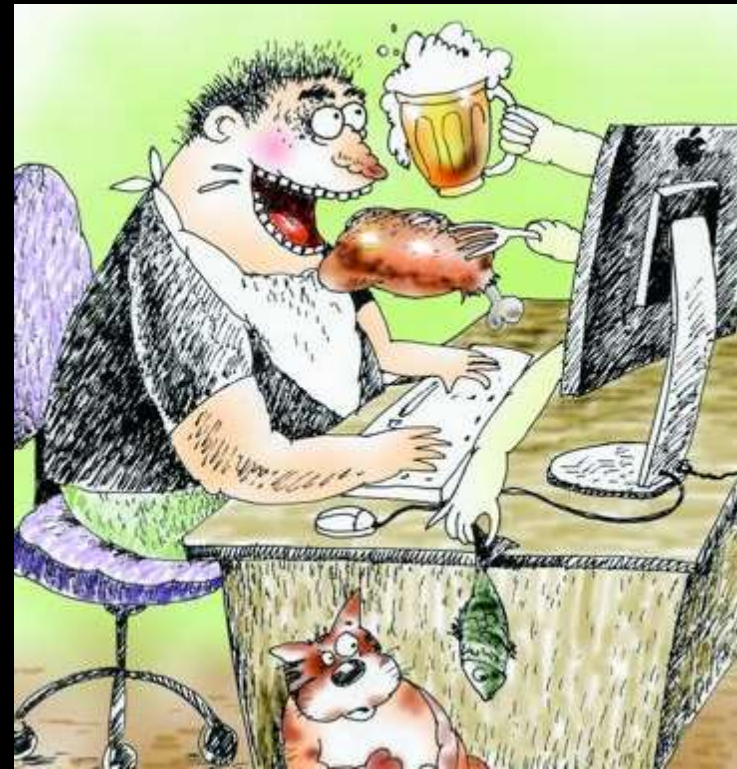
3 MESES



3 AÑOS

Resultados: ¿de que depende el éxito?

- TC de alta resolución
- Manejo multiplanar
- Planificación
- Prevenir complicaciones



Complicaciones

- Muerte 6%
- Acceso Vascular 5%
- Isquemia Espinal 2%
- Endoleak 6-10%
- Colapso del Endograft 1%
- Malperfusión persistente 3%

Prevenir Complicaciones del Acceso Vascular

Marca	Diámetros		
Medtronic	22-32 mm 22 French	34-40 mm 24 French	42-46 mm 25 French
Cook	28-34 mm 22 French		36-42 mm 24 French
Gore Tag*	26-28 mm 20 French	31-34 mm 22 French	37-45 mm 24 French
Bolton Rely	26-32 mm 22 French	24-42 mm 23-25 French	44 mm 26 french

- 20 F = 6.7 mm
- 22 F = 7.3 mm
- 26 F = 8.7 mm



* DrySeal Sheath Size

Acceso: ¿Luz Verdadera o falsa?

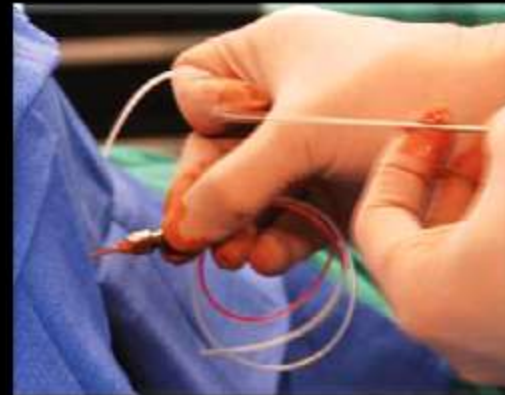


- Acceso quirúrgico femoral
- Doble luz
- Guía desde radial derecha
- Identificación de la luz verdadera

Paraplejia

¡Atención!

- Cobertura >20cm
- Cobertura T9-12
- Reparación de AAA
- Compromiso subclavio
- Compromiso de íliaca interna
- Hipotensión prolongada



Endoleaks post TEVAR

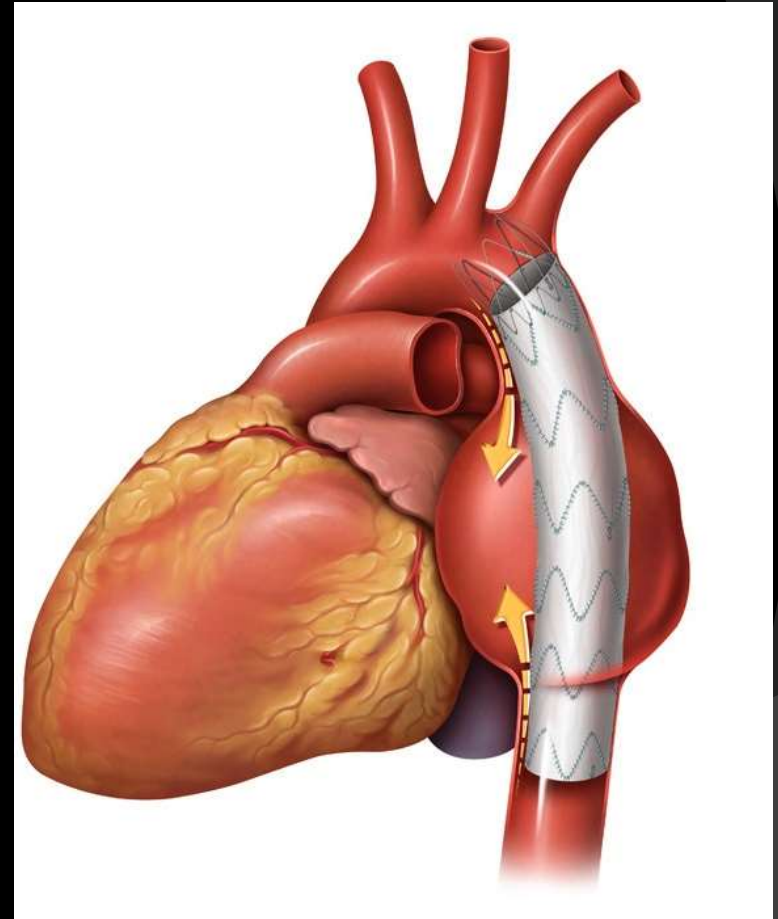
Dispositivos aprobado por FDA

- ⊙ Endoleaks en estudios clínicos (1 año)
 - Gore TAG 10%
 - Medtronic Talent 12%
 - Cook TX2 4%

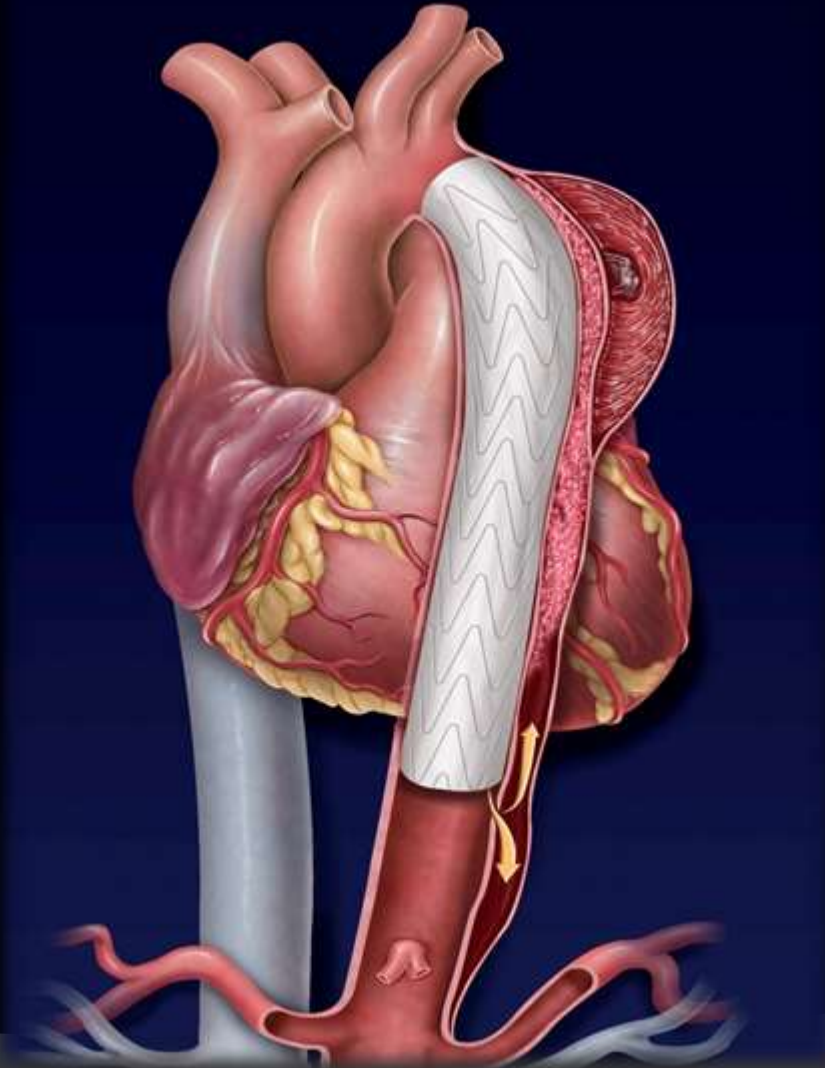
- ⊙ 2dos. tratamientos por Endoleak
 - Gore TAG 3.1%
 - Medtronic Talent 6.5%
 - Cook TX2 1.3%

Endoleaks Tipo I (prox. o distal)

- Frecuencia de 5-25%
- **Causa:**
 - Mala fijación proximal o distal
- **Prevención:**
 - Adecuada planificación pre-procedimiento
 - Selección del grafts
 - Posición y angulación

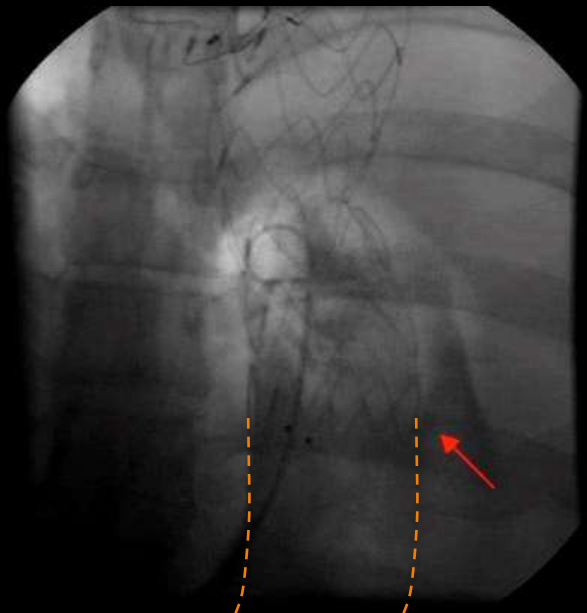


Endoleaks Tipo I retrógrado distal



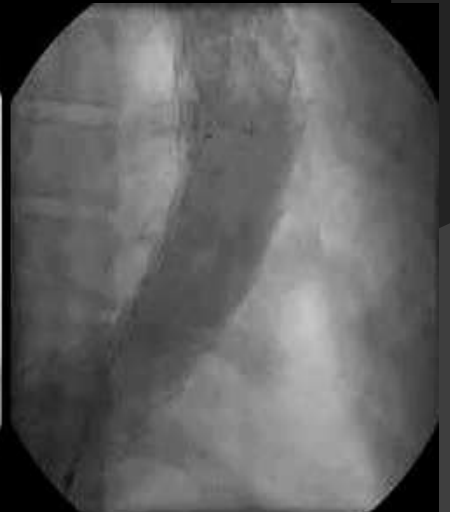
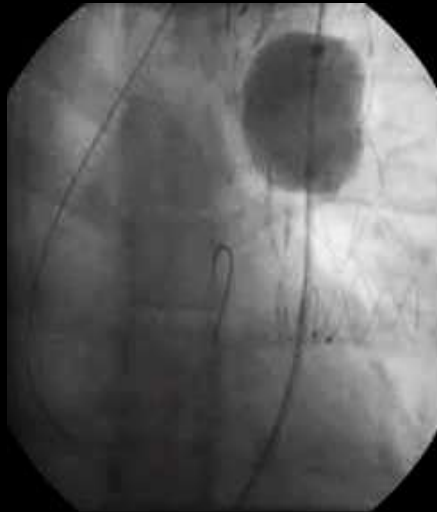
- Se asocia con el tratamiento de la disección aguda
- **Solución:** Ver y esperar la trombosis progresiva de la falsa luz...

Endoleak I distal + Colapso del Endograft



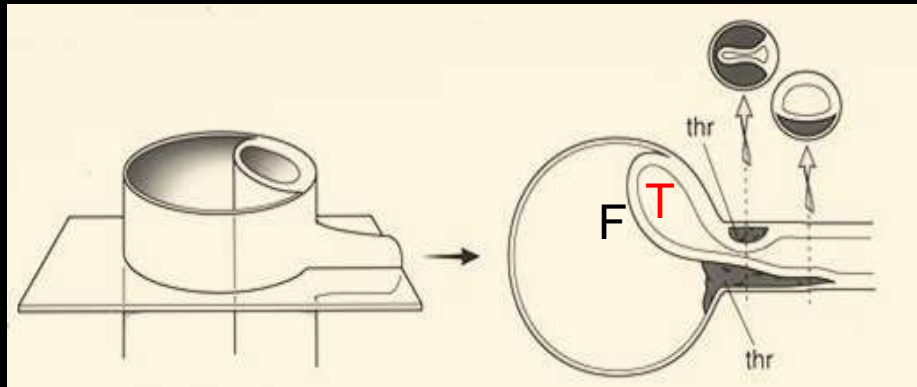
Endoleak + Colapso del endograft

48 hs.

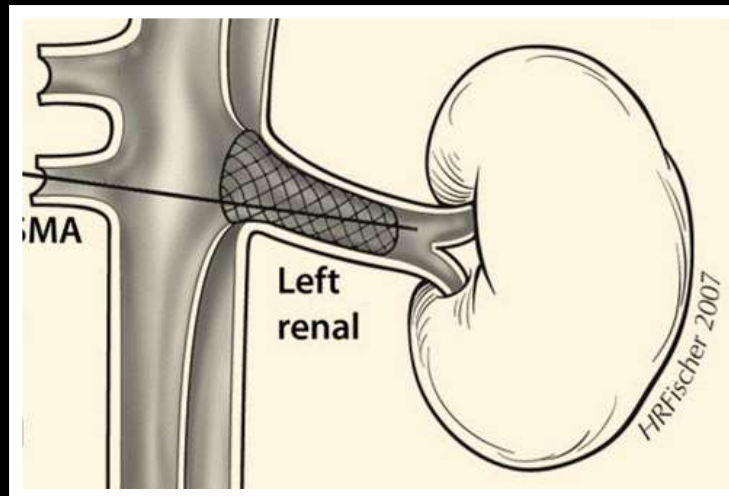


Malperfusión persistente

Isquemia
visceral
estática



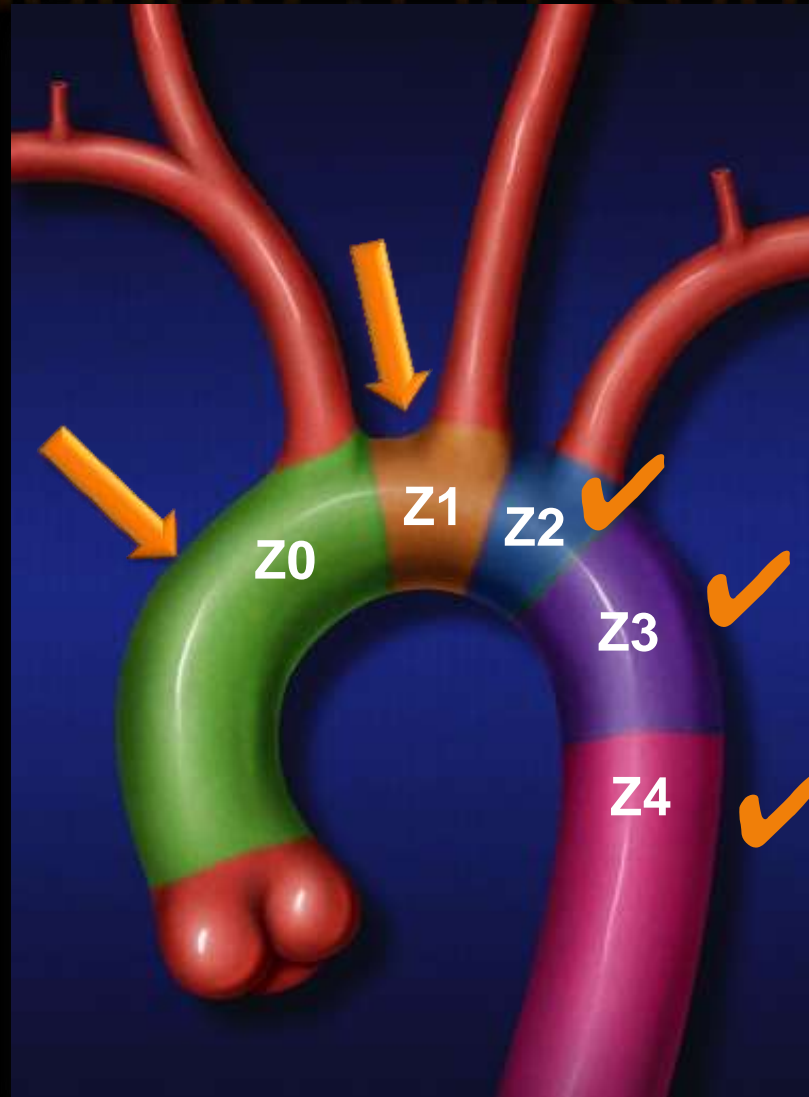
Stent



¡Cirugía!

- David M. Williams et al. The Dissected Aorta: Percutaneous Treatment of Ischemic Complications—Principles and Results Journal of Vascular and Interventional Radiology Volume 8, Issue 4, July 1997, Pages 605–625
- Suresh Vedantham et al. Percutaneous Management of Ischemic Complications in Patients with Type-B Aortic Dissection. Journal of Vascular and Interventional Radiology Volume 14, Issue 2, Part 1, Feb 2003, Pages 181–193
- Patel et al. Operative Techniques in Thoracic and Cardiovascular Surgery: A Comparative Atlas Volume 14, Issue 1, Pages 2-11, Spring

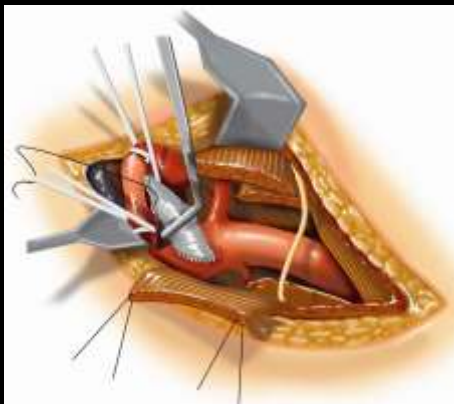
Accediendo a la Zona 0...



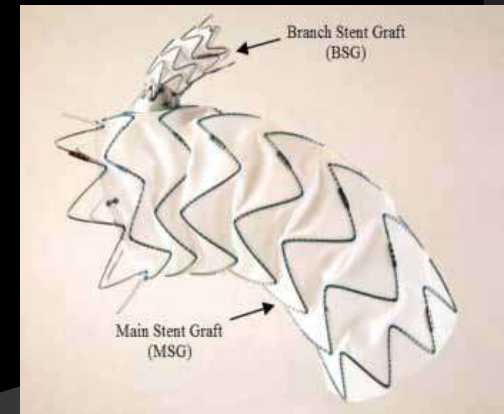
Acceso a Z2

¿Cuándo revascularizar la ASI?

- LIMA
- Art. Vertebral derecha comprometida
- Art. Vertebral izquierda dominante
- Cobertura extensa > 200mm
- Chance de isquemia espinal



from Wilson Y. Szeto, MD



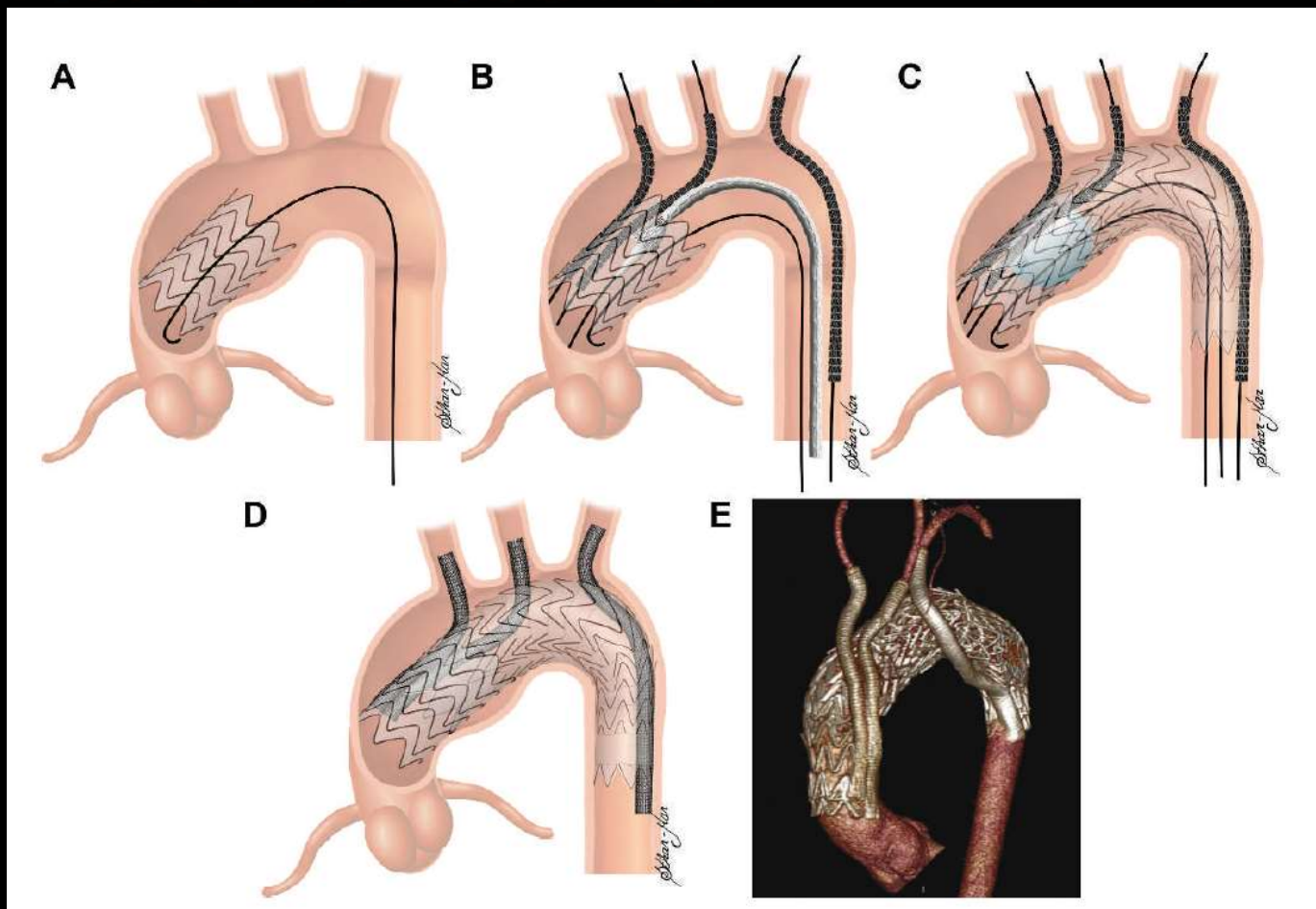
Medtronic's Valiant® Mona LSA System

Acceso a Z 1

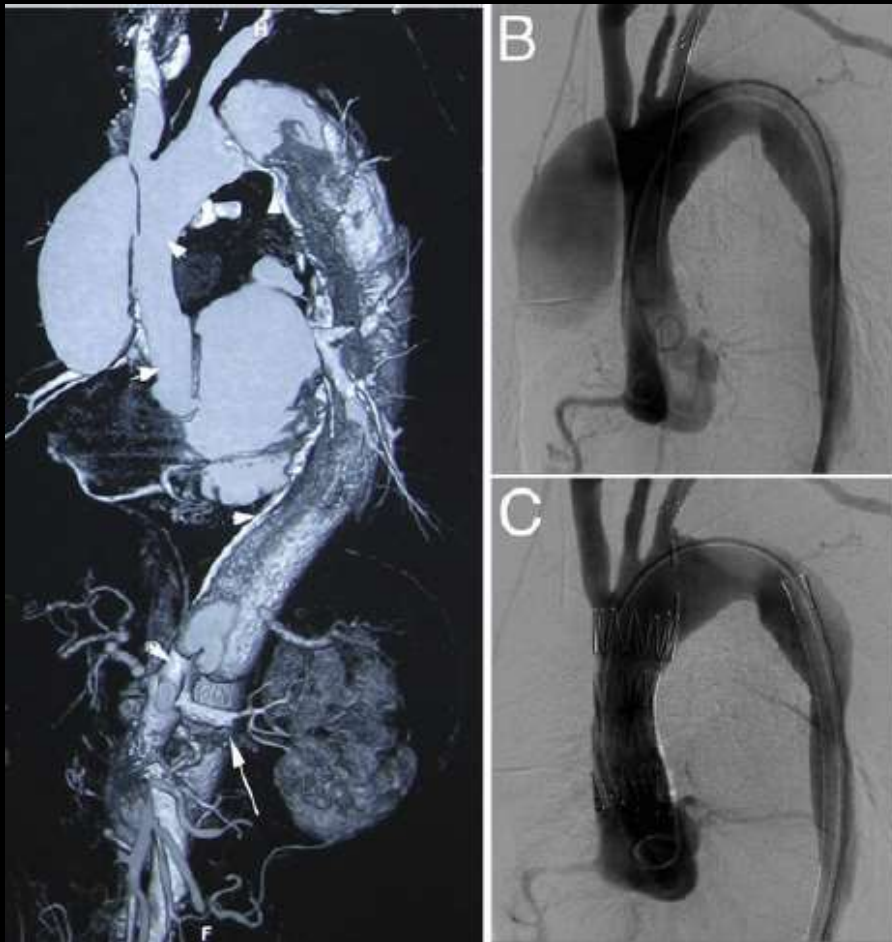


Acceso a Z0

Técnica de Sandwich



Acceso a Z0



- 41 pts.
- Alto riesgo quirúrgico
- TX2 - Cook
- 100% éxito

Conclusiones

- El tratamiento endovascular en los SAAT descendente permite abordar pacientes de forma menos invasiva y mas segura que la cirugía
- Variedad y complejidad de presentación: definir la estrategia caso a caso
- 3 pilares del éxito: Precisión diagnóstica; análisis de factibilidad y planificación
- Trabajo con el “equipo cardíaco” obligatorio
- El futuro es muy promisorio basado en experiencia acumulada y los nuevos dispositivos