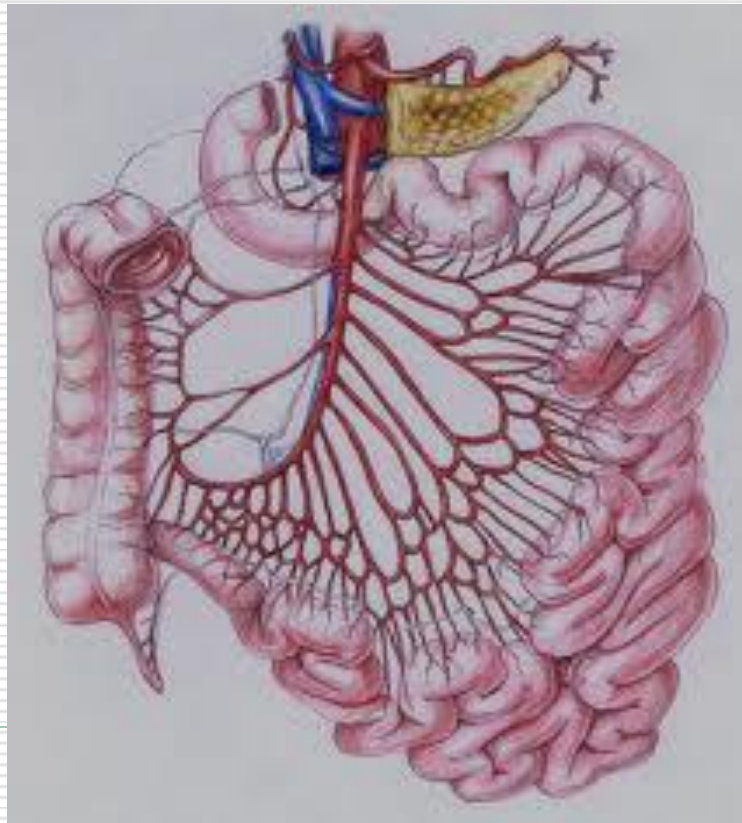


isquemia mesentérica crónica

- conjunto de síntomas y signos secundarios a la obstrucción crónica de las arterias esplácnicas



patología de arterias digestivas

□ método diagnóstico / incidencia

□ autopsia *

- sujetos 61-80 años: 6-10%

□ arteriografía **

- aterosclerosis MMII: 14-24%

□ dúplex ***

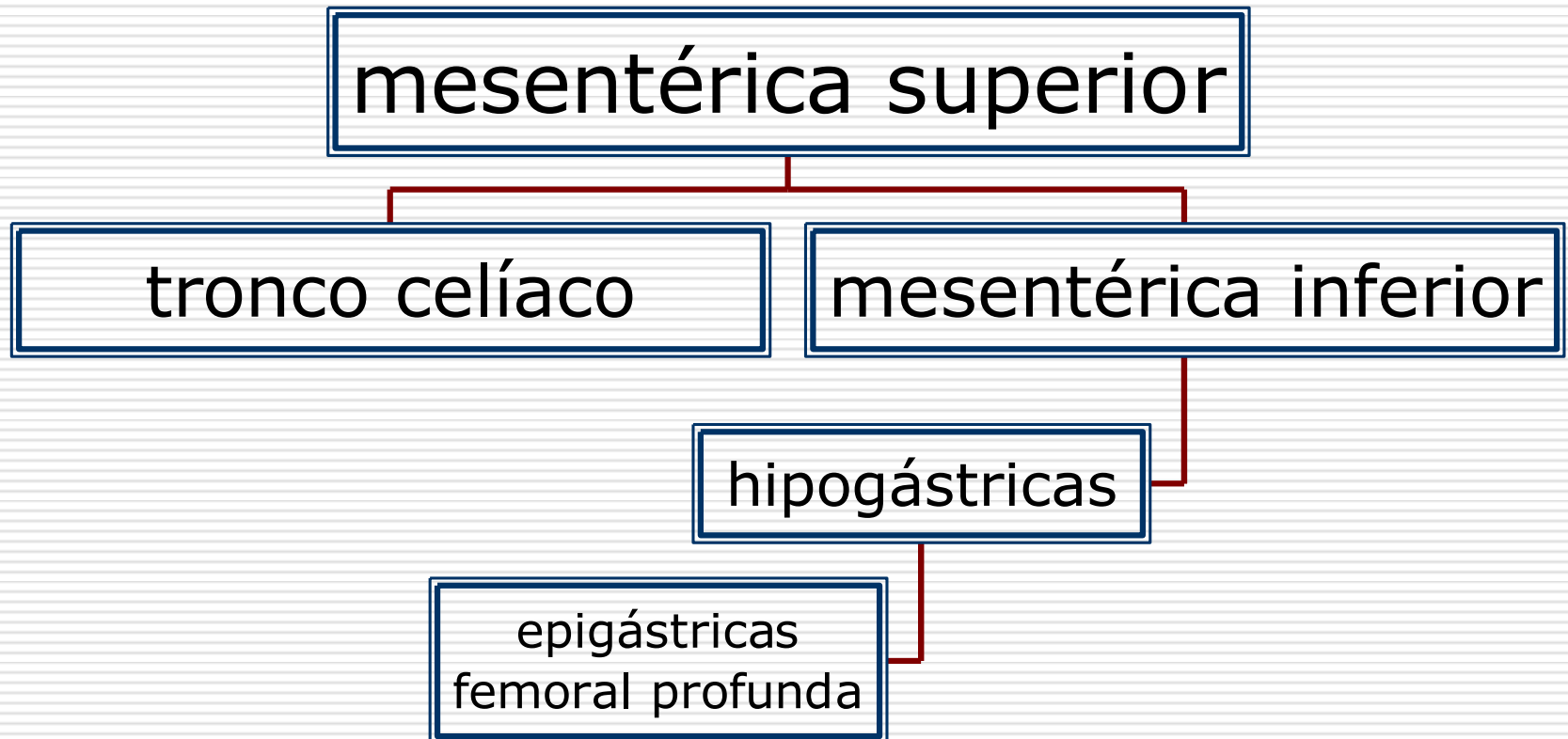
- sujetos de >65 años: 17.5%

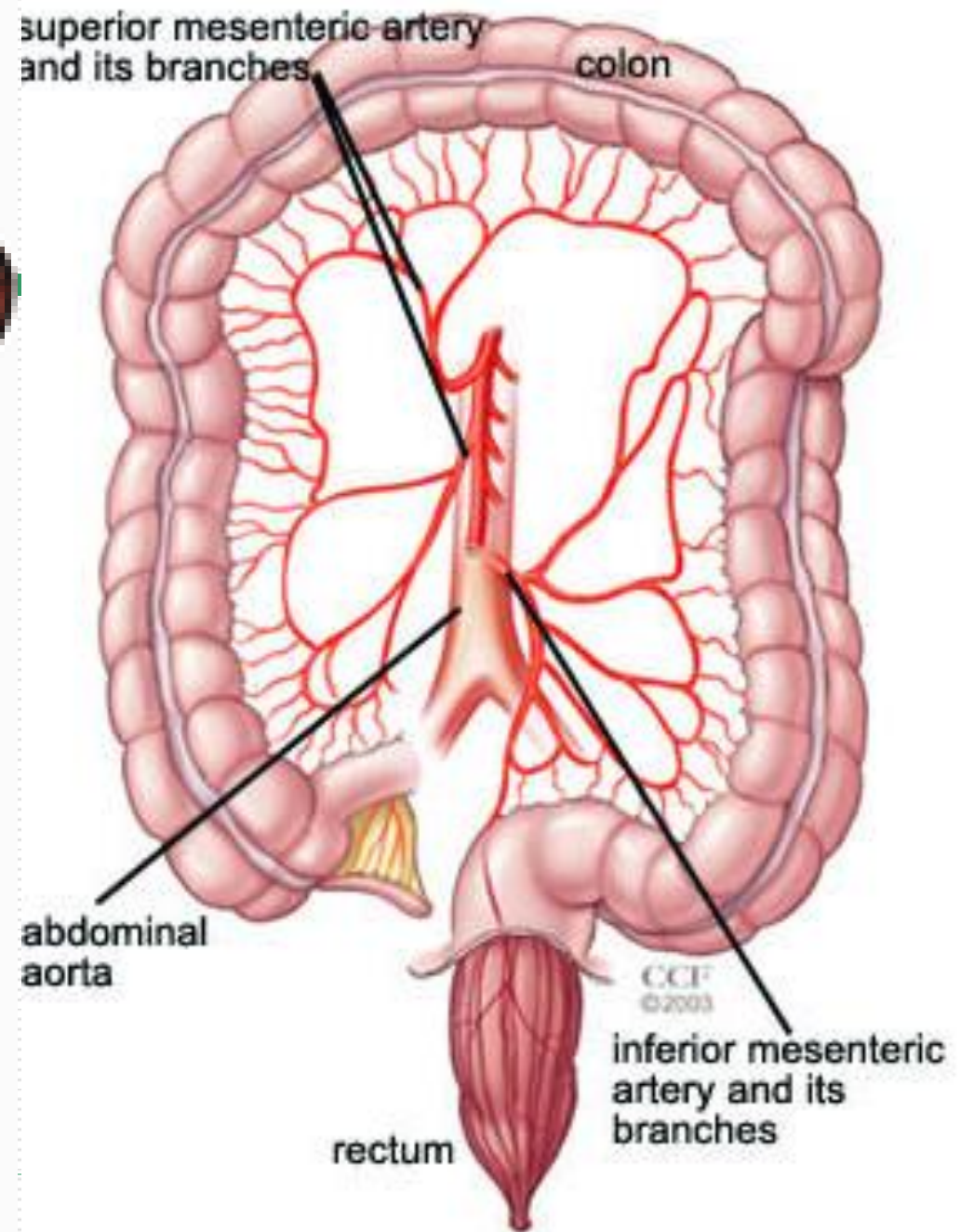
* Croft RJ et al. Does intestinal angina exist? A critical study of obstructed visceral arteries. Br J Surg 1981; 68: 316-318

** Moneta GL et al. Mesenteric duplex scanning: a blinded prospective study. J Vasc Surg 1993; 17: 79-86

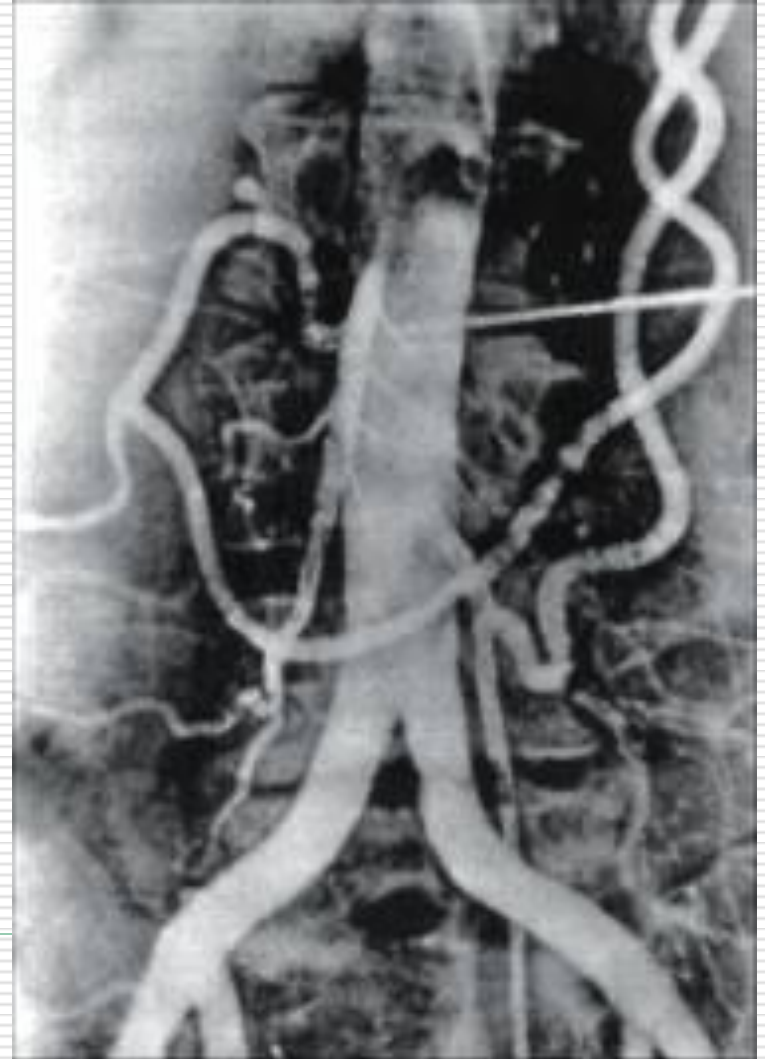
*** Hansen KJ et al. Mesenteric artery disease in the elderly. J Vasc Surg 2004; 40: 45-52

anatomía

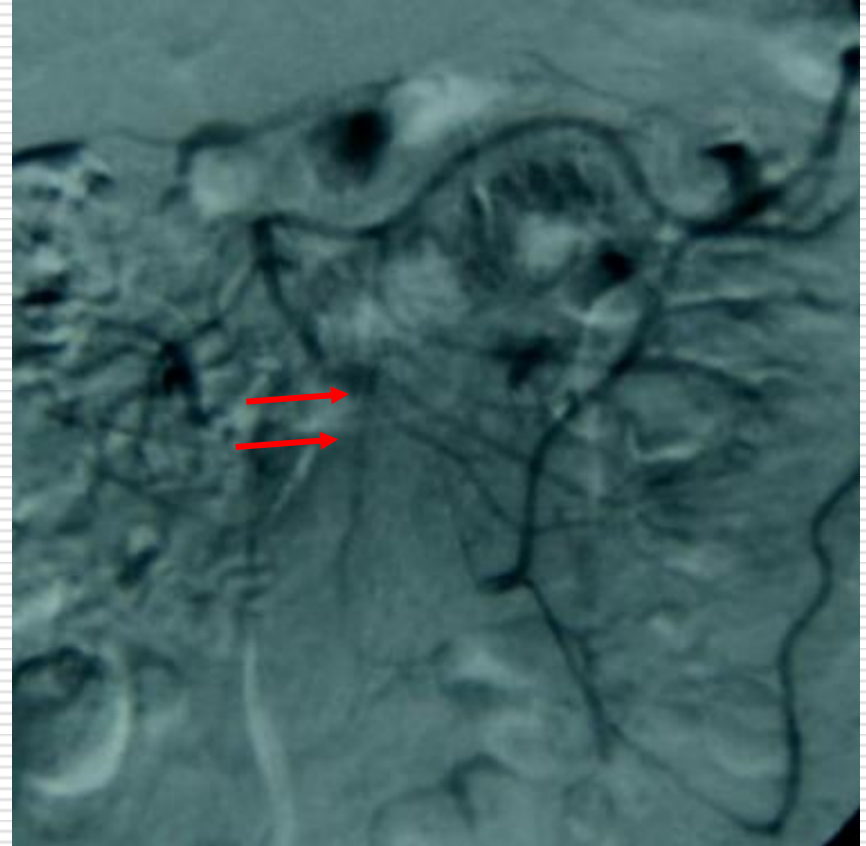
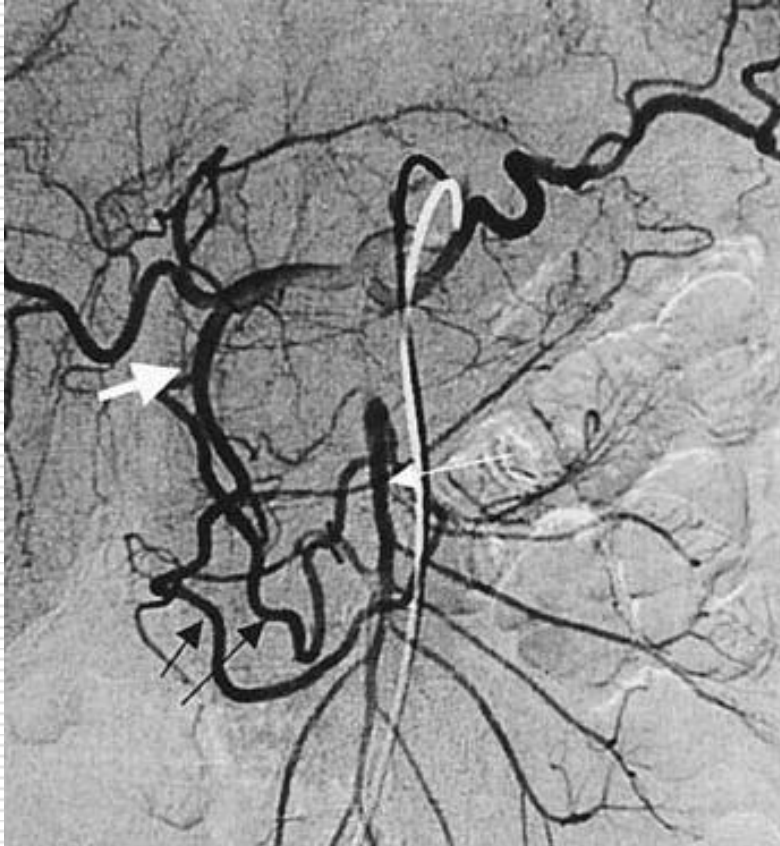




circulación colateral



circulación colateral



IMC: incidencia

- Registro SEACV 2003 *
 - cirugía convencional: 47 pacientes
 - cirugía endovascular: 28 pacientes
- Nationwide Inpatient Sample 1997 **
 - cirugía convencional: 350 pacientes
- ~ 1 técnica / millón habitantes / año

* Moreno Carriles RM. Registro de actividad de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular, año 2003. Angiología 2004; 56: 591-611

** Derrow AE et al. The outcome in the United States after thoracoabdominal aneurysm repair, renal artery bypass, and mesenteric revascularization. J Vasc Surg 2001; 34: 54-61

IMC: clínica

- ❑ dolor abdominal postprandial
- ❑ pérdida de peso / miedo a comer
 - ❑ alteraciones tránsito intestinal
 - ❑ vómitos
 - enfermedad ulcerosa péptica
 - colecistitis alitiásica
 - soplo abdominal
 - signos de aterosclerosis sistémica

AGA technical review on intestinal ischemia. Gastroenterology 2000;118: 954-968

IMC: diagnóstico

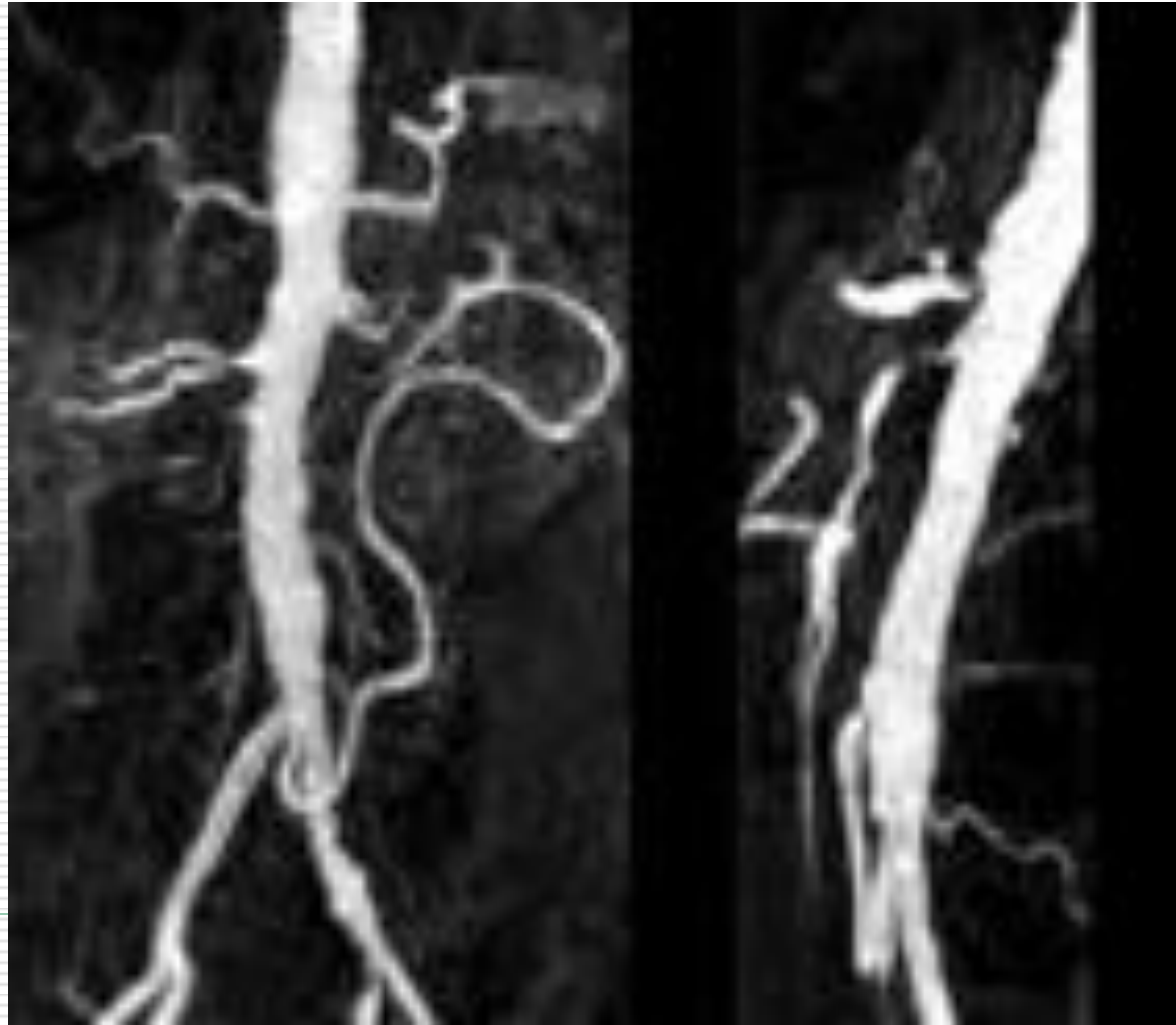
- ❑ retraso diagnóstico 1 año
- ❑ test de screening
 - tonometría
 - dúplex pre y postprandial
 - oximetría RM
 - consumo O₂ intestinal
- ❑ indirectos, fiabilidad dudosa
- ❑ diagnóstico anatómico + exclusión

AGA technical review on intestinal ischemia. Gastroenterology 2000;118: 954-968

arterias digestivas: diagnóstico

- dúplex
- angio RM / angioTAC
- arteriografía en 2 proyecciones
- TAC sin contraste

RM angio



arteriografía y angio TAC

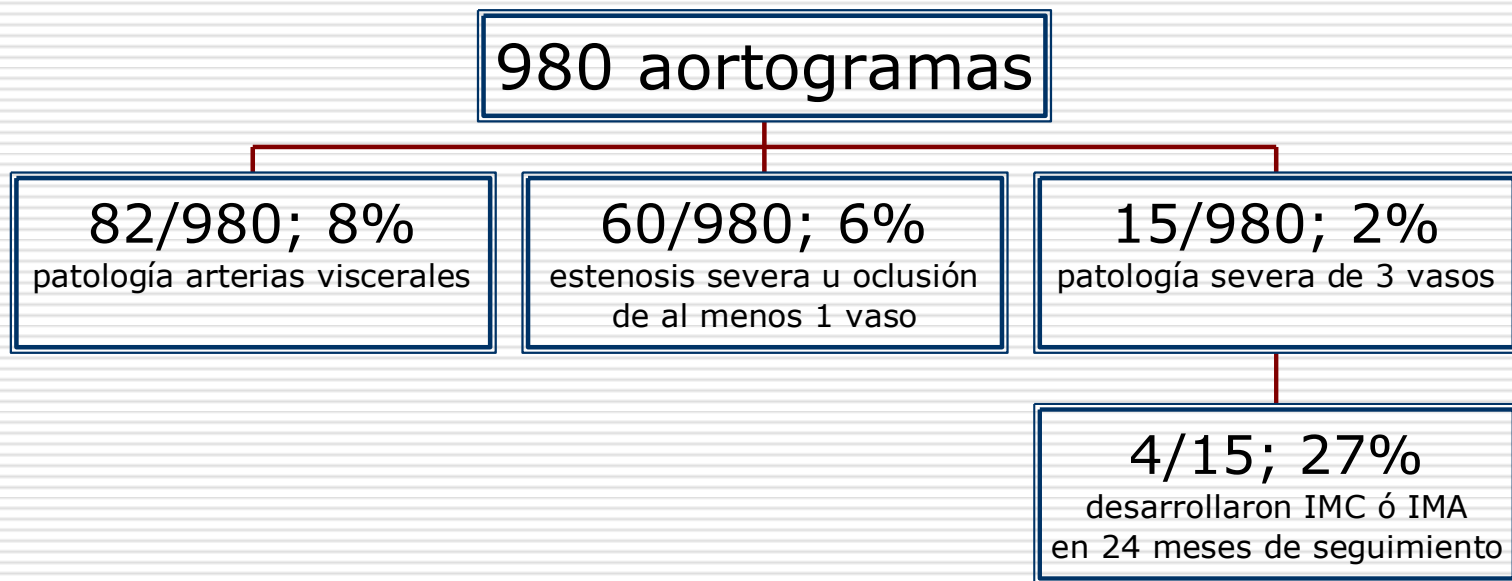


hª natural: IMC sintomática

- series históricas anteriores a la aparición de técnicas de revascularización
 - muerte del paciente por inanición o infarto intestinal
 - tras un periodo sintomático variable de semanas, meses, o años

Dunphy JE. Abdominal pain of vascular origin. Am J Med 1936; 192: 109-113

h^a natural: estenosis asintomática



Thomas JH et al. The clinical course of asymptomatic mesenteric artery stenosis. J Vasc Surg 1998; 27: 840-4

estenosis asintomática: cirugía aórtica

- década de los 70 ´:

 - gangrena intestinal postoperatoria tras cirugía del sector aortoiliaco

 - incidencia 0.4-3%

- gran dificultad diagnóstica en fase útil

- elevada mortalidad quirúrgica

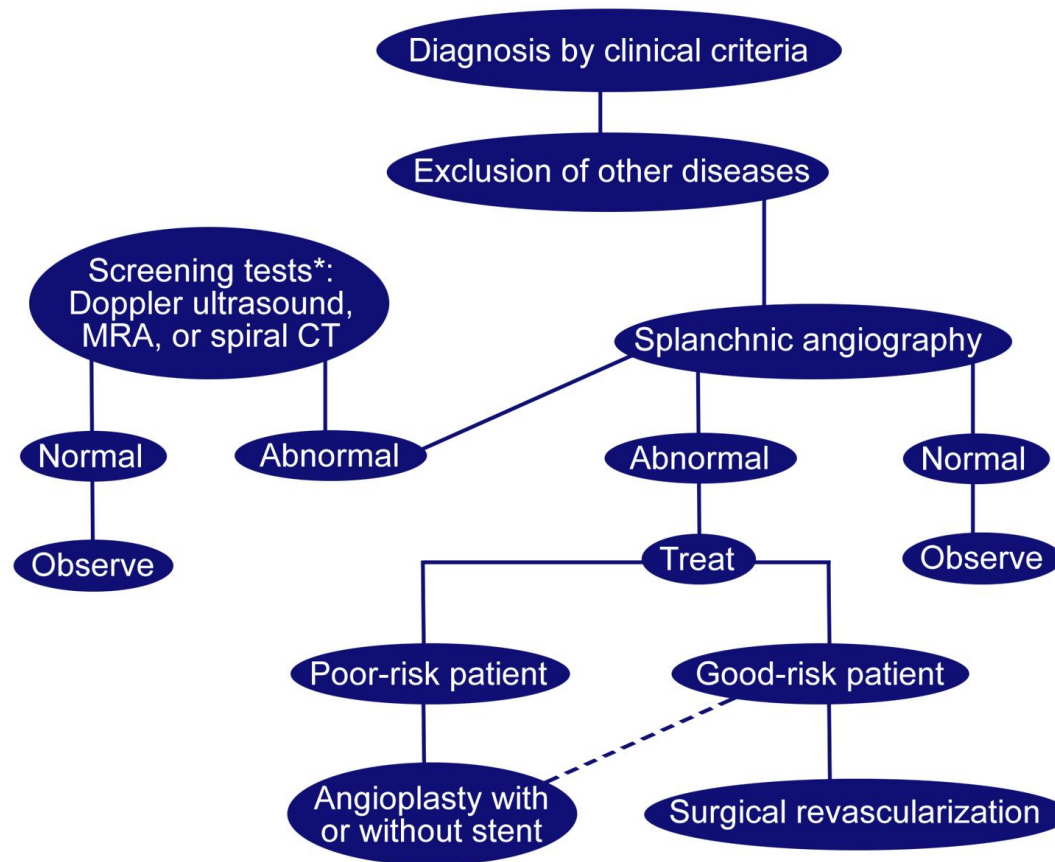
 - mortalidad 80%

Conolly JE, Stemmer EA. Intestinal gangrene as the result of mesenteric intestinal steal. Am J Surg 1969; 126: 197-202.
Conolly JE, Kwann JH. Prophylactic vascularization of the gut. Arch Surg 1980; 115: 516-520.

tratamiento preoperatorio

- nutrición parenteral total
- anticoagulación

cirugía convencional vs endovascular



tratamiento: cirugía convencional

☐ técnicas

- ☐ endarterectomía
- ☐ by pass con origen aórtico
 - retrógrados
 - anterógrados
- ☐ reimplantación
- ☐ by pass extraanatómicos

☐ material

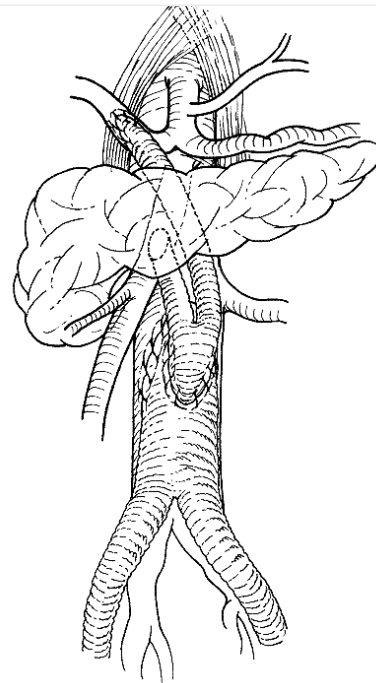
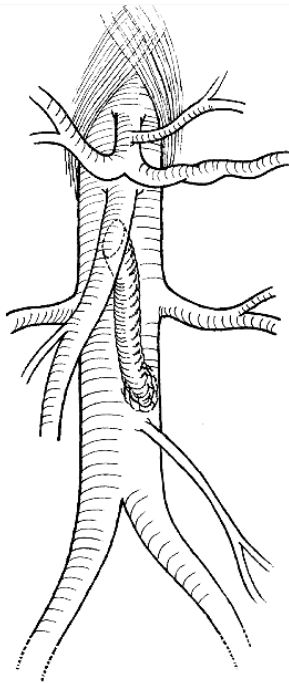
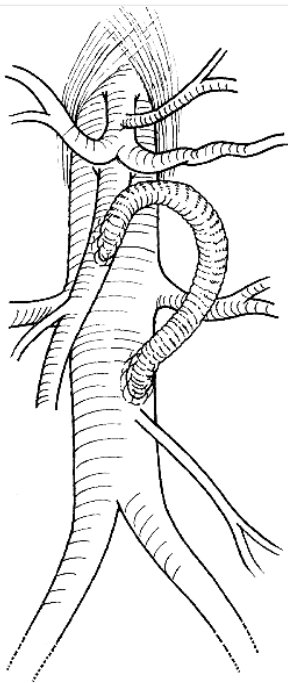
- ☐ vena
- ☐ prótesis

☐ vaso

- ☐ múltiple
- ☐ único
 - TC vs AMS

by pass retrogrado

- ❑ no clampajes proximales
- ❑ pacientes de riesgo
- ❑ cirugía simultánea de TC y AMS
- ❑ cirugía aortoiliaca asociada
- ❑ geometría difícil

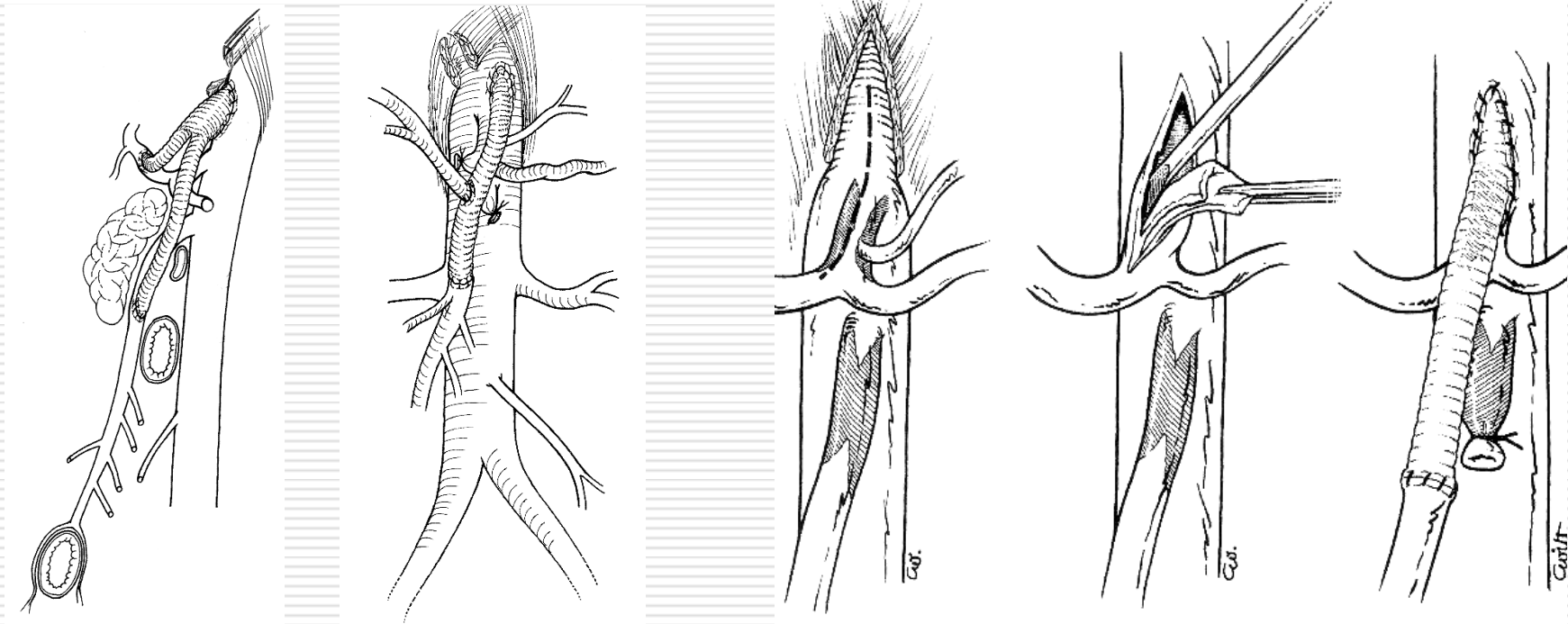


by pass retrogrado

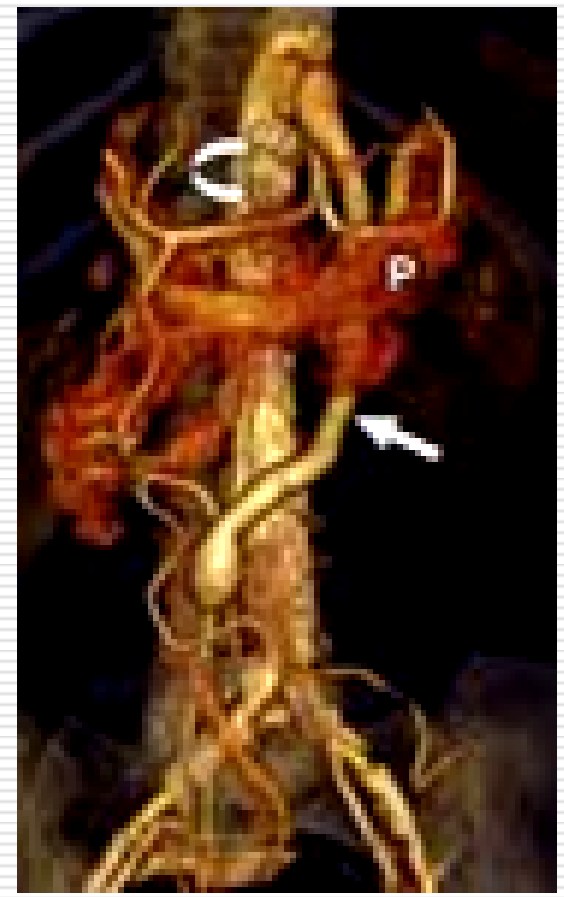
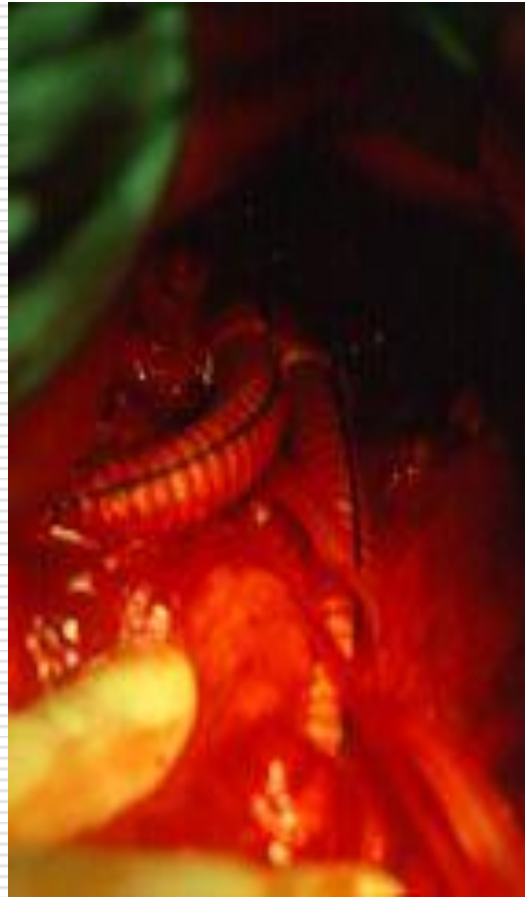


by pass anterógrado

- excelente alineación anatómica
- cirugía simultánea de TC y AMS
- pacientes jóvenes, de bajo riesgo
- precisa clampaje supracelíaco
- no cirugía aórtica asociada

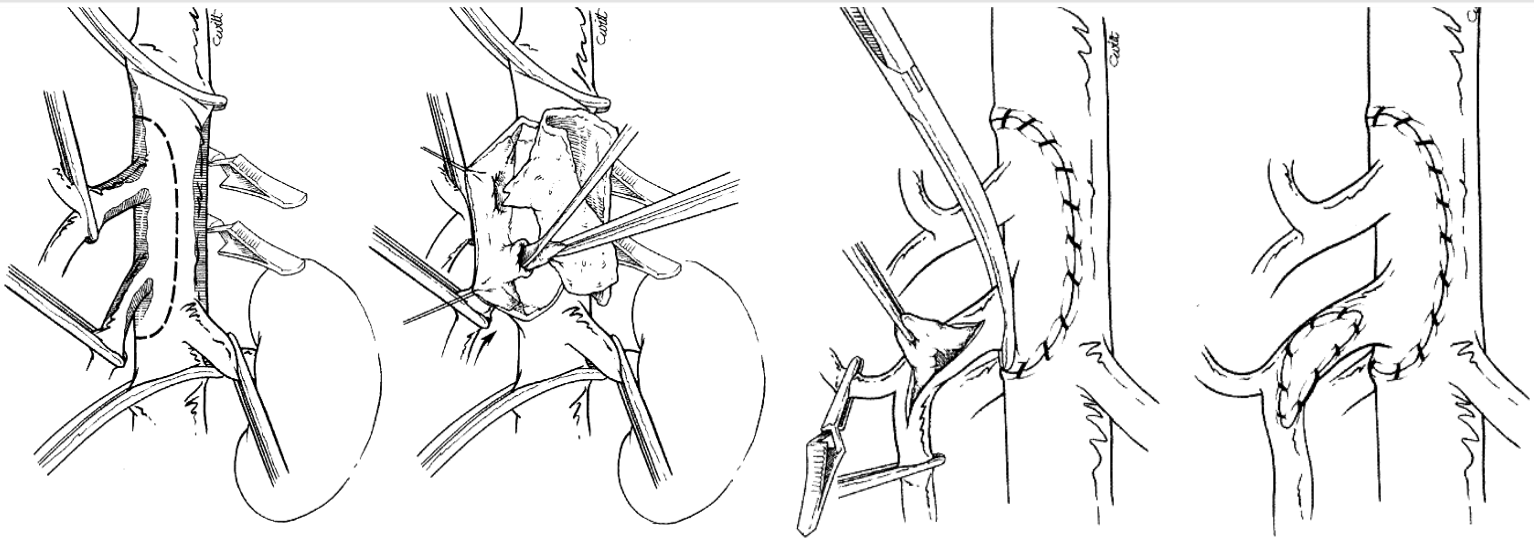


by pass anterógrado



endarterectomía transaórtica

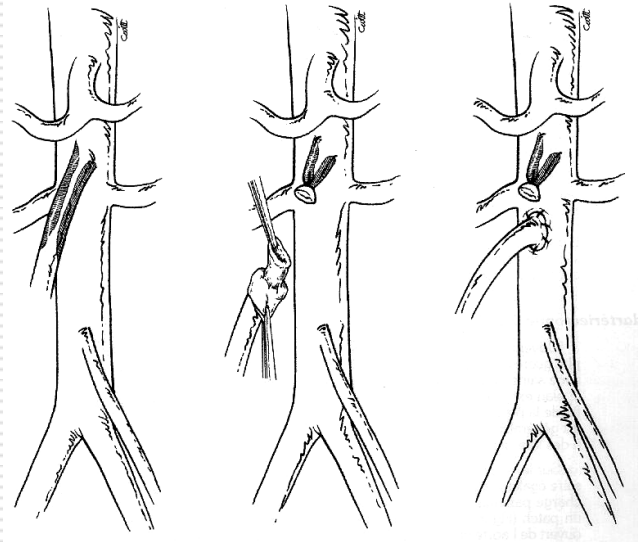
- tratamiento simultáneo de patología visceral y renal en pacientes jóvenes de "bajo riesgo"
- vía retroperitoneal o rotación visceral
- difícil control de intima distal
- clampaje supracelíaco
- poco utilizada
- alta morbimortalidad



reimplantación AMS

☐ exige

- ☐ lesiones ostiales y/o tronco largo
- ☐ aortas "sanas" o injertos aórticos



☐ técnica

- ☐ directa o by pass corto en T/T
- ☐ asociada o no a TEA de eversión



reimplantación AMI

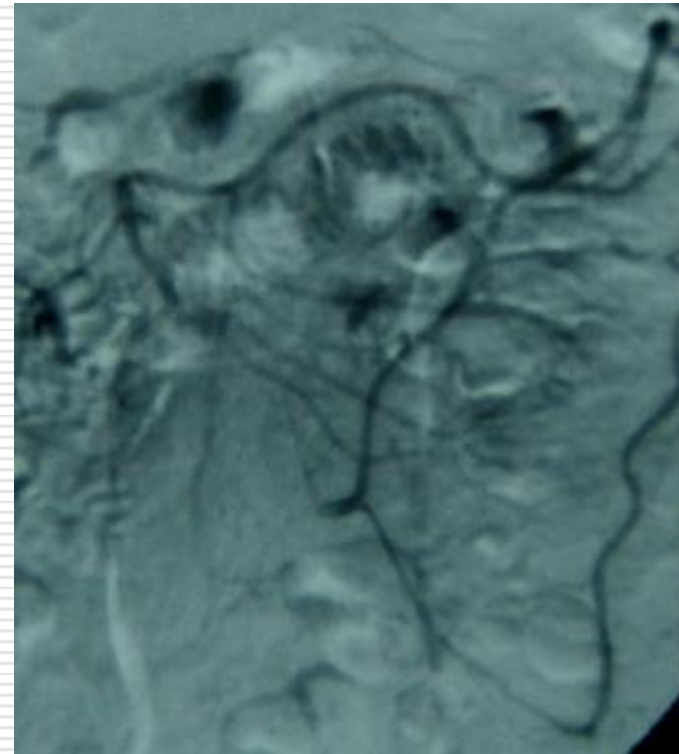
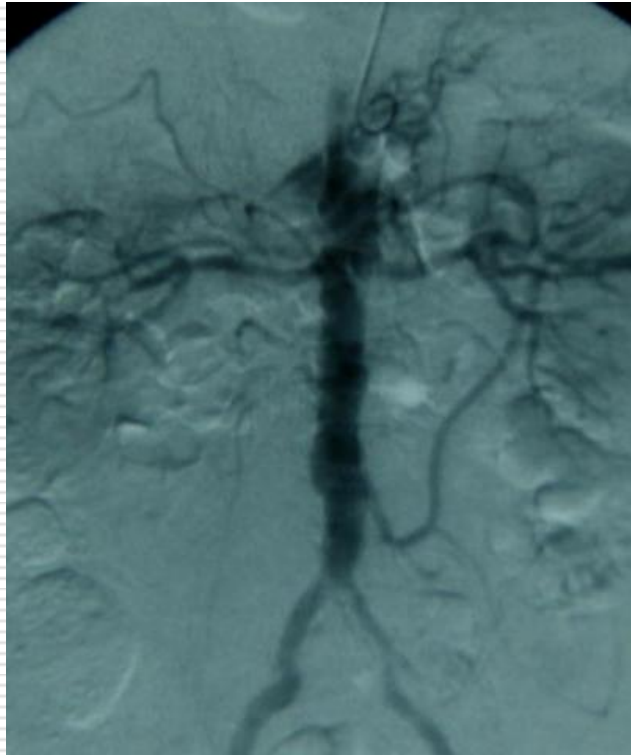
- ❑ patch de Carrel o by pass corto
- ❑ asociada a
 - ❑ cirugía aórtica
 - ❑ técnicas de revascularización visceral
- ❑ aislada
 - ❑ en pacientes de muy alto riesgo



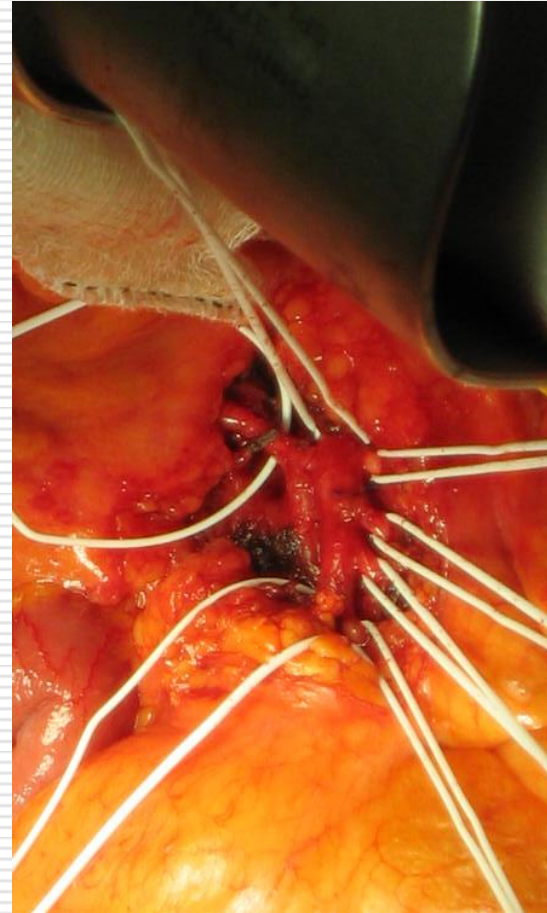
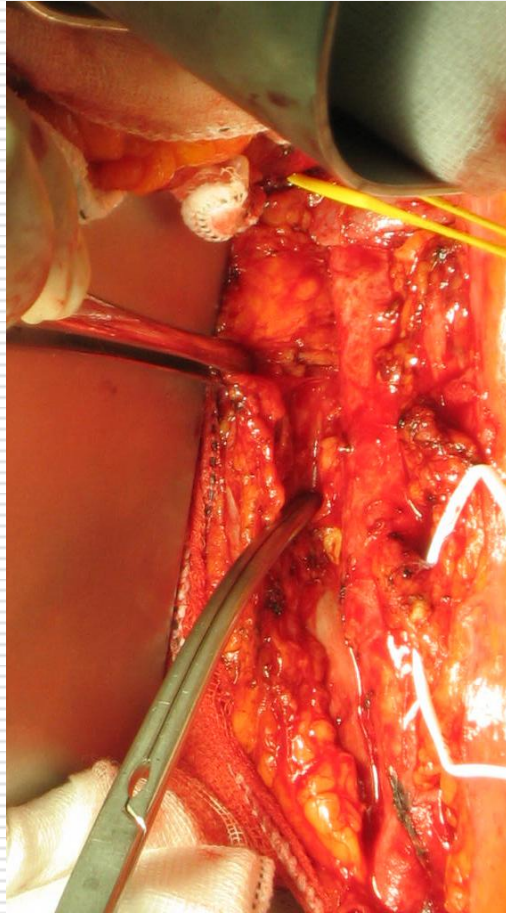
extraanatómicos

- ❑ técnicas de recurso
- ❑ aortas hostiles en pacientes hostiles o especiales circunstancias
- ❑ aceptable permeabilidad
- ❑ origen en cualquier arteria concebible
 - ❑ ilíacas
 - esplénica / hepática
 - renal izquierda
 - aorta descendente
 - aorta ascendente

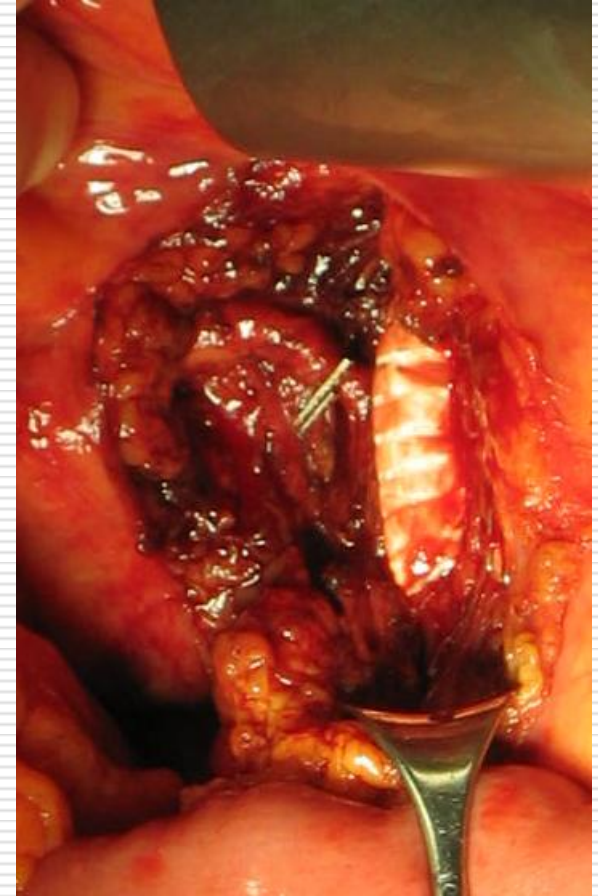
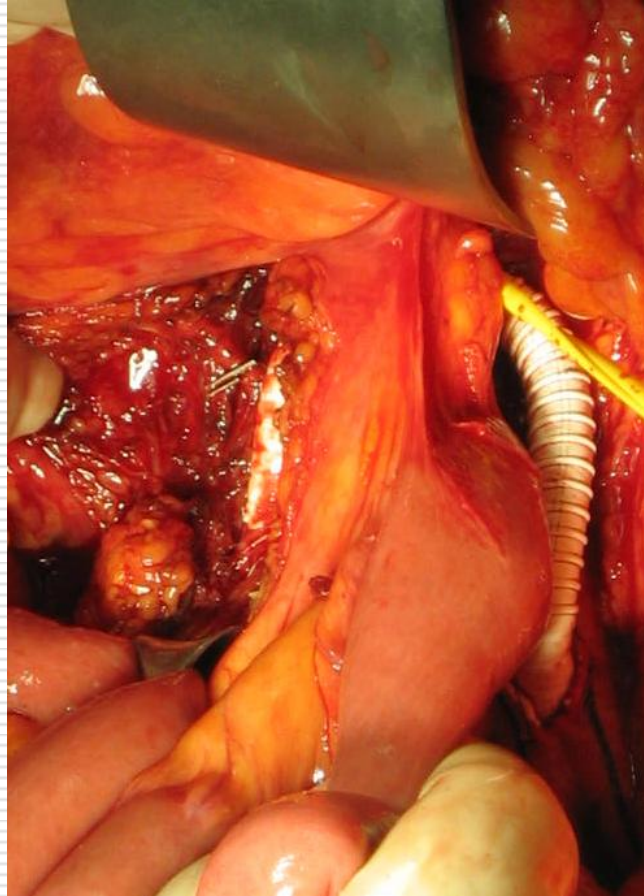
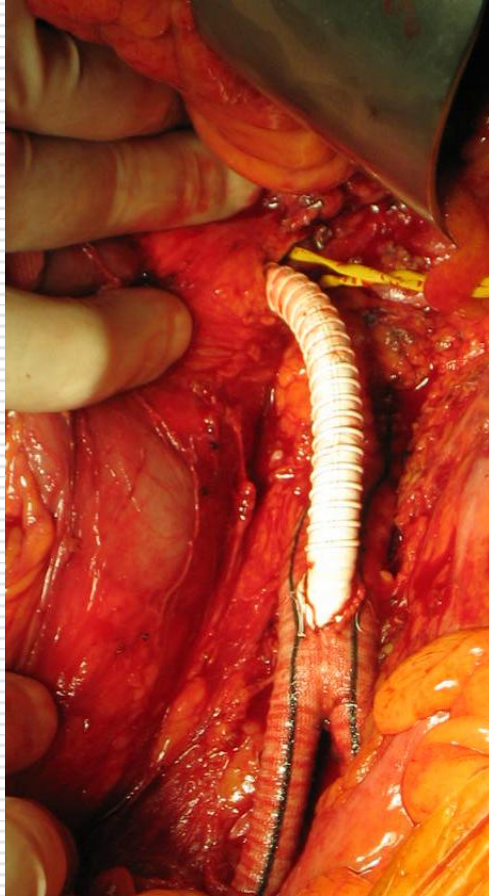
IMC sintomática



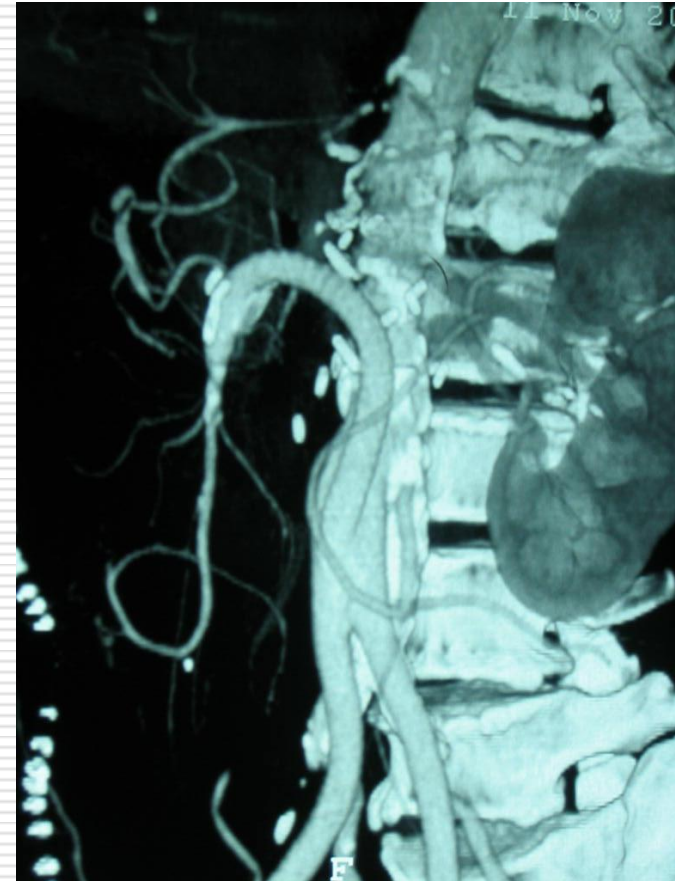
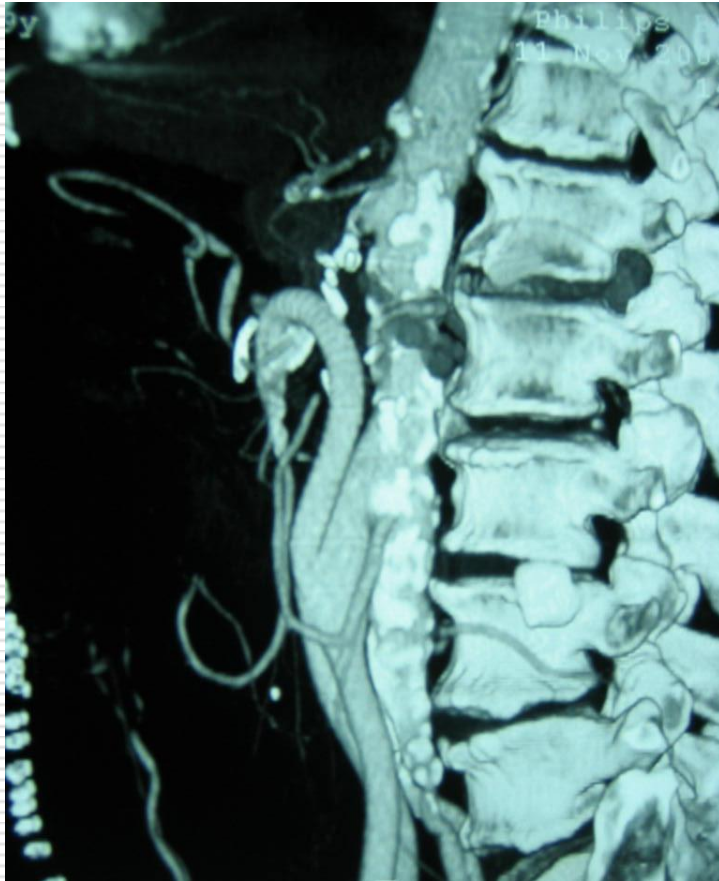
IMC sintomática



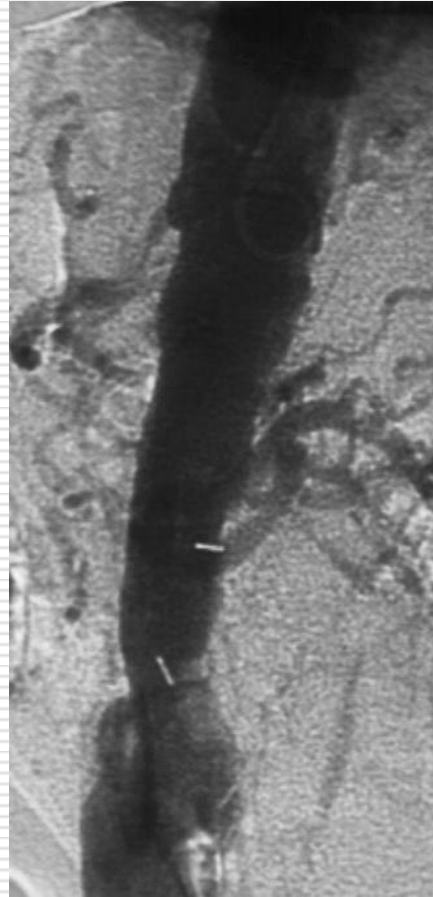
by pass aortomesentérico



by pass aortomesentérico



stenting AMS



stenting AMS

