 

**DOCENTE:**

**DR. EDUARDO ZEBADUA GUILLEN**

**ALUMNO:**

**JONATHAN SURIANO CRUZ.**

**MATERIA:**

**TECNICAS QUIRURGICAS BASICAS**

**TEMA:**

**ESTENOSIS CAROTÍDEA Y ANEURISMA AÓRTICO ABDOMINAL**

DEFINICION

La estenosis carotídea se caracteriza por una disminución del calibre de la arteria carotidea interna, la arteria responsable de la irrigación del cerebro. La estenosis está provocada por una placa de ateroma. La obstrucción de la arteria impide a la sangre oxigenada llegar correctamente al cerebro y puede provocar un accidente vascular cerebral.

ETIOLOGIA

Ateroesclerosis, takayasu, displaisa fibromuscular, disección arteria carótida, disección arteria vertebral.

FACTORES DE RIESGO

Edad avanzada Género masculino Hipertensión Tabaquismo Diabetes mellitus Homocisteinemia Hiperlipidemia

EPIDEMIOLOGIA

La patología estenótica carotídea es la causa de entre un 20-30% de los infartos cerebrales isquémicos y ataques isquémicos transitorios (AIT). La enfermedad cerebrovascular constituye la segunda causa de muerte en el mundo y es una de las principales causas de morbilidad a largo plazo y en cuya etiología se encuentra la enfermedad carotídea.

FISIOPATOLOGIA

El endotelio vascular es el responsable de mantener la indemnidad de la pared arterial mediante la liberación equilibrada de sustancias pro-aterogénicas (tromboxano, angiotensina II, trombina, endotelina, etc.) y anti-aterogénicas, Los factores de riesgo vascular, efectos hemodinámicos y algunos productos humorales específicos pueden ocasionar disfunción endotelial, un proceso sistémico y potencialmente reversible

* Si no se interviene precozmente en el control de los factores de riesgo, la placa ateromatosa evoluciona a la vulnerabilidad: reducción del espesor de la cápsula fibrosa, ulceración, hemorragia intraplaca por rotura de vasa vasorum core lipídico necrótico de gran tamaño (> 40%) o trombosis in situ

CUADRO CLINICO

La mayor gravedad se debe a que los infartos suelen ser de gran tamaño. Clásicamente se los ha definido como mayores de 15 mm, aunque este punto de corte ha sido puesto en duda recientemente. signos corticales como afasia, neglect, anosognosia, extinción sensitiva o alteraciones visuoespaciales. hallazgo clínico distintivo es el compromiso retiniano bajo la forma de ceguera monocular transitoria (amaurosis fugax) ipsilateral a la enfermedad carotídea

DIAGNOSTICO

doppler transcraneal (DTC), La angiorresonancia magnética nuclear (A-RMN) con

tiempo de vuelo, La angio-tomografía computarizada multicorte (A-TCM) incorpora la posibilidad de obtener imágenes de todo el árbol arterial en un tiempo menor que el CEMRA, evitando de esta manera los artificios por movimiento. Aniografia por sustracion digital (estándar de oro)

TRATAMIENTO

Endarterectomía carotídea, Existen dos técnicas quirúrgicas: la clásica y la técnica por eversión. La primera consiste en realizar una sección longitudinal de la ACI para quitar la placa ateromatosa. La segunda requiere la sección transversal del origen de la ACI, abarcando toda su circunferencia, con posterior eversión de la adventicia y de la media. Shunting intraoperatorio

DEFINICION

Un aneurisma es una dilatación patológica en un segmento de un vaso sanguíneo que puede romperse por adelgazamiento de la pared vascular.

ETIOLOGIA

La patogénesis es compleja y multifactorial. Histológicamente un AAA está caracterizado por la destrucción de colágena y elastina con adelgazamiento de las capas media y adventicia de la arteria con infiltración de linfocitos y macrófagos, así como neovascularización.

Se encontraron cuatro mecanismos implicados en la formación del AAA: 1) degradación proteolítica del tejido conectivo, 2) inflamación y respuestas inmunes, 3) estrés biomecánico de la pared y 4) implicación de genética molecular.

FACTORES DE RIESGO

Tabaquismo (factor de riesgo más importante)

Hipertensión

Edad avanzada (incidencia máxima entre los 70 y 80 años)

Antecedentes familiares (en 15 a 25%)

Etnia (más común en blancos que en negros)

Sexo masculino

EPIDEMIOLOGIA

En países industrializados como EUA es la décima causa de muerte en la población mayor de 60 años. El grupo más afectado son los hombres en la tercera edad, caucásicos, con edades entre 65 a 79 años, presentando una prevalencia del 4 al 7%. En este grupo se ha reportado una mortalidad por ruptura del AAA desde un 30 a 60% y puede llegar hasta 90%.

FISIOPATOLOGIA

es una patología vascular que consiste en una dilatación localizada y permanente de la aorta debido a un debilitamiento de la pared vascular. Generalmente se manifiesta en la porción infrarrenal de la aorta, región que está sometida a importantes fuerzas hemodinámicas.

CUADRO CLINICO

La mayoría de los aneurismas aórticos abdominales son asintomáticos. Los síntomas y los signos, cuando ocurren, pueden ser inespecíficos, pero generalmente son el resultado de la compresión de las estructuras adyacentes. A medida que estos aneurismas se expanden pueden causar dolor, que es agudo, profundo, terebrante, visceral y se percibe sobre todo en la región lumbosacra. Los pacientes pueden notar una pulsación abdominal anormalmente prominente. Aunque la mayoría de los aneurismas crecen lentamente sin síntomas, los aneurismas que se agrandan rápidamente y que están a punto de romperse pueden ser hipersensibles.

DIAGNOSTICO

Confirmación con ecografía o TC abdominal, angiotomografía o angiorresonancia

TRATAMIENTO

Cirugía o colocación de prótesis intravascular, Manejo médico, particularmente control de presión arterial y dejar de fumar