

Reparación endovascular de fístula arteriovenosa femoral bilateral tras cateterismo

M. Gutiérrez-Nistal^a, L.F. Riera-Del Moral^a, L. Sáez-Martín^a, G. Garzón-Moll^b, S. Stefanov-Kiuri^a, I. Leblic-Ramírez^a, A. Fernández-Heredero^a, L. Riera-De Cubas^a

REPARACIÓN ENDOVASCULAR DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA FEMORAL BILATERAL TRAS CATETERISMO

Resumen. Introducción. El aumento del número de cateterismos cardíacos para el diagnóstico y el tratamiento de la patología cardíaca se ha acompañado de un incremento en la incidencia de complicaciones vasculares. Las fístulas arteriovenosas tras cateterismo tienen una incidencia escasa (1%). Caso clínico. Varón de 64 años con antecedentes de tabaquismo, dislipemia, hipertensión arterial, broncopatía crónica y cardiopatía isquémica crónica que precisó revascularización quirúrgica hace 18 años y angioplastia con implantación de dos stents hace un año. Fue remitido a nuestro servicio por claudicación intermitente a cortas distancias en el miembro inferior izquierdo de aparición brusca tras realización de cateterismo de control. El estudio arteriográfico demostró la presencia de una oclusión segmentaria de la arteria ilíaca externa izquierda y sendas fístulas arteriovenosas en ambos sectores femorales. El paciente fue intervenido de dichos hallazgos mediante técnica endovascular sin complicaciones perioperatorias. Conclusiones. Se distinguen tres tipos de factores de riesgo en el desarrollo de las fístulas arteriovenosas tras cateterismo: relacionados con el paciente, con el procedimiento y la anticoagulación en relación con éste. La reparación endovascular supone un procedimiento menos agresivo que la cirugía convencional en pacientes seleccionados, que ofrece excelentes resultados a corto y medio plazo. [ANGIOLOGÍA 2006; 58: 335-40]

Palabras clave. Anticoagulación. Cateterismo cardíaco. Complicaciones vasculares. Fístula arteriovenosa. Stent recubierto. Tratamiento endovascular.

Introducción

Desde que en 1929 Forssman realizó el primer cateterismo cardíaco, el empleo de esta técnica ha presentado una evolución constante. En la actualidad se sigue utilizando la técnica de cateterización vascular percutánea descrita por Seldinger en 1953, y modificada por Judkins en 1967 [1,2]. El aumento progre-

sivo en la realización de técnicas diagnósticas y terapéuticas de cateterización percutánea en los pacientes cardiopatas ha supuesto un incremento en el número total de complicaciones vasculares tras estos procedimientos.

Entre las complicaciones más frecuentes de los procedimientos intervencionistas cardiovasculares percutáneos se encuentran aquellas relacionadas con las lesiones vasculares en el punto de punción: fístulas arteriovenosas, falsos aneurismas, hematomas, hemorragias, trombosis arterial y embolización periférica, con una incidencia que oscila entre el 0,5 y el 1% tras procedimientos diagnósticos, 0,9-9% tras angioplastia con balón, 5,7-17% tras el implante de stent, 5,2-10% tras valvuloplastia mitral percutánea

Aceptado tras revisión externa: 11.04.06.

^a Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. ^b Servicio de Radiodiagnóstico, Sección de Radiología Intervencionista. Hospital Universitario La Paz. Madrid, España.

Correspondencia: Dra. Marta Gutiérrez Nistal. Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Universitario La Paz. P.º Castellana, 261. E-28046 Madrid. E-mail: nistal33@hotmail.com

© 2006, ANGIOLOGÍA

y 10-37% tras procedimientos complejos y tras colocación de balón de contrapulsación [3]. Estas complicaciones habitualmente precisan tratamientos adicionales como compresión prolongada o inyección de trombina (en el caso de falsos aneurismas), transfusión sanguínea o cirugía y, por tanto, estancias hospitalarias más prolongadas, con un incremento de la morbimortalidad y un consumo adicional de los recursos institucionales.

En los procedimientos cardiovasculares percutáneos, el uso de catéteres e introductores de gran calibre y la utilización de protocolos agresivos de anticoagulación y doble antiagregación sistémica justifican el incremento de complicaciones vasculares periféricas en la zona de acceso arterial, habitualmente femoral derecho.

Las fístulas arteriovenosas iatrogénicas aparecen en alrededor del 1% de los pacientes tras un cateterismo cardíaco [4]. La utilización de los *stents* recubiertos ha permitido minimizar los problemas que genera el tratamiento quirúrgico convencional. Presentamos el caso de un paciente con oclusión ilíaca izquierda y fístula arteriovenosa femoral bilateral tras cateterismo al que se ha tratado mediante técnica endovascular.

Caso clínico

Varón de 64 años con antecedentes de hipertensión arterial, tabaquismo grave hasta hace tres años (40 cigarrillos/día), hábito enólico (40 g/día), hipercolesterolemia en tratamiento, glucemia basal alterada controlada con dieta, obesidad leve, insuficiencia renal leve (creatinina 1,3 mg/dL), broncopatía crónica con CPAP (*continuous positive airway pressure*) nocturna desde hace cuatro años, cardiopatía isquémica crónica con infarto agudo de miocardio inferior en 1984 y revascularización quirúrgica en 1987 mediante doble *bypass* de safena a obtusa marginal y coronaria derecha, y en fibrilación auricular crónica

con respuesta ventricular conservada, en tratamiento anticoagulante crónico con dicumarínicos.

En junio de 2004 ingresa en el Servicio de Cardiología por síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST. Se practica una coronariografía urgente por vía femoral derecha, donde se objetiva enfermedad de tronco y un vaso principal (coronaria derecha), así como *bypass* a coronaria derecha observado y a obtusa marginal no visualizado. Se realiza una angioplastia y se implanta un *stent* farmacológico Taxus® (Boston Scientific) sobre *bypass* de safena a coronaria derecha y, en un segundo tiempo, cinco días después, se implanta un nuevo *stent* en el tronco de la coronaria izquierda a través de la arteria femoral izquierda. Se le da de alta asintomático con soplo continuo a nivel femoral derecho.

Tres meses después del procedimiento, acude de forma ambulatoria para una nueva coronariografía de control por vía femoral izquierda; se objetivan buenos resultados con reestenosis del *stent* en el tronco de la coronaria izquierda no significativa (28%) y del tercio proximal del *bypass* de safena a coronaria derecha con reestenosis del 32%.

Acude a nuestra consulta externa dos semanas después del cateterismo de control por presentar claudicación glútea y gemelar izquierda a cortas distancias (< 50 m) desde el último procedimiento. En la exploración física se objetivan carótidas arrítmicas simétricas sin soplos; en la auscultación cardiopulmonar se detecta ritmo irregular con soplo mesosistólico sin extratonos e hipoventilación global; exploración abdominal sin hallazgos, sin masas pulsátiles ni soplos; y, en los miembros inferiores, se aprecia soplo continuo femoral derecho con pulsos presentes a todos los niveles y ausencia de éstos en el miembro inferior izquierdo. Dada la sintomatología clínica del enfermo, se decide su ingreso para estudios arteriográfico y preoperatorio.

En las exploraciones complementarias, presenta fibrilación auricular con respuesta ventricular controlada y bloqueo completo de la rama derecha del

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2868174>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2868174>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)