



Angiología

www.elsevier.es/angiologia



CARTA CIENTÍFICA

Revisión de 2 casos de pseudoaneurismas de carótida común, micótico y secundario a radioterapia, tratados con stent recubiertos

Review of two common carotid pseudoaneurysms, radiotherapy-induced and mycotic, treated with coated stents

C. Malfaz^{a,*}, C. Pérez-García^a, M. del Valle Diéguez^b, M. Echenagusia Boyra^c, J. Río Gómez^d y E. Castro Reyes^b

^a Departamento de Radiodiagnóstico, HGU Gregorio Marañón, Madrid, España

^b Departamento de Radiodiagnóstico, Sección de Neurorradiología, HGU Gregorio Marañón, Madrid, España

^c Departamento de Radiodiagnóstico, Sección de Radiología vascular intervencionista, HGU Gregorio Marañón, Madrid, España

^d Departamento de Angiología y cirugía vascular, HGU Gregorio Marañón, Madrid, España

El pseudoaneurisma carotídeo es una entidad rara que asocia una alta tasa de mortalidad (hasta un 30% en pseudoaneurismas de carótida externa)^{1,2}. Consiste en una rotura de las 3 capas de la pared arterial (íntima, media y adventicia)³. Puede resultar de múltiples causas, entre las que se incluyen traumatismos (causa más frecuente), infecciones y tumora-ciones de cabeza y cuello, o complicaciones relacionadas con su tratamiento como la cirugía o la radioterapia^{4,5}.

Presentamos 2 casos con sus respectivos tratamientos endovasculares, teniendo en cuenta sus diferentes caracte-rísticas: un pseudoaneurisma de la carótida común izquierda (CCI) asociado a tratamiento radioterápico y un pseudoaneurisma micótico del bulbo carotídeo derecho.

En ambos casos, y mediante acceso femoral derecho, se emplearon sistemas de introductor largo de 80 cm 7F (Cook.medical, In. EE. UU.) posicionados en la arteria carótida común tras la maniobra habitual de intercambio sobre guía de 0,035'' de 260 cm (Terumo Corp. Japón) y

posteriormente guías tipo Stabilizer Support de 0,014'' de 300 cm (Cordis Corporation, Florida. EE. UU.), para el acceso con la endoprótesis.

Se implantaron 2 endoprótesis autoexpandibles coaxiales con luz compatible con guía de hasta 0,018'' tipo Via-bahn (W.L. Gore, Arizona. EE. UU.), que constan de un revestimiento interno de politetrafluoroetileno expandido modificado con heparina bioactiva (Propaten), y un soporte externo de nitinol que abarca toda su longitud.

El dispositivo Viabahn dispone de 2 marcadores radiopa-cos, y en lo relativo a su uso se recomienda el empleo de diámetros que oscilan entre 1-1,5 mm por encima del vaso a tratar para conseguir una adecuada aposición a la pared. El tamaño del introductor requerido para endoprótesis compa-tibles con guía de 0,018'' oscila entre 6 y 7F, con medidas adaptables a vasos portadores en el rango de 4 a 7,5 mm. Para diámetros superiores se deben emplear endoprótesis con luz interna de 0,035'' con diámetros nominales en el rango de 5 a 13 mm.

En primer lugar presentamos el caso de un varón de 56 años de edad con antecedente de carcinoma de laringe, diagnosticado 4 años atrás, tratado con quimioterapia y

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cmalfaz.med@gmail.com (C. Malfaz).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.angio.2016.11.007>

0003-3170/© 2016 SEACV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Cómo citar este artículo: Malfaz C, et al. Revisión de 2 casos de pseudoaneurismas de carótida común, micótico y secundario a radioterapia, tratados con stent recubiertos. Angiología. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.angio.2016.11.007>



Figura 1 A. Angio-TC con reconstrucción MIP (proyección de máxima intensidad) sagital que revela un pseudoaneurisma en la arteria carótida común izquierda distal, inmediatamente proximal a la bifurcación (flecha blanca). Ausencia de la arteria carótida externa izquierda por ligadura previa. B. Tras el despliegue del stent recubierto se demuestra exclusión angiográfica inmediata del pseudoaneurisma (flecha negra) con adecuado flujo en la arteria carótida interna izquierda.

radioterapia. El paciente sufrió varias recidivas regionales, por lo que finalmente fue sometido a cirugía, hemifaringolaringuectomía total y reconstrucción con colgajo miocutáneo del pectoral mayor. En la actualidad, 4 meses después de la última intervención, el paciente acude a urgencias por un sangrado masivo de la cavidad oral. En un estudio de angio-TC, como posible causa de la hemorragia intraoral del paciente, se demuestra un pseudoaneurisma localizado en la cara anteromedial de la CCI. Además se aprecia una ligadura de la carótida externa, posiblemente relacionado con la cirugía oncológica realizada previamente (fig. 1A).

Se estimó como técnicamente posible, en relación con la curva distal del bulbo carotídeo-origen de la carótida interna izquierda (CII), realizar una implantación restringida a la carótida común empleando una endoprótesis de 8×50 mm sobre el introductor largo de 7F (diámetro estimado de la CCI de 7,2 mm). Se apreció tras la implantación una exclusión angiográfica inmediata de la lesión y se decidió no efectuar angioplastia simple de la endoprótesis (fig. 1B). Se produjo un cese inmediato y estable del sangrado intraoral. El paciente permaneció ingresado con pauta de tratamiento antibiótico (Augmentine® 1,2g/8h), evolucionando favorablemente hasta el alta una semana después. A los 2 meses el paciente presenta un nuevo episodio de sangrado oral masivo, que condujo a un cuadro de shock hemorrágico y exitus. En este último ingreso se realizó otro estudio de angio-TC, donde se objetivó una adecuada posición de la endoprótesis, sin recidiva del pseudoaneurisma previo ni aparente foco de sangrado.

En segundo lugar, exponemos el caso de una mujer de 77 años de edad, diabética, con insuficiencia renal y antecedentes de un cuadro de shock séptico en el contexto de una osteosíntesis del fémur derecho hace 2 años. En la

actualidad acude por un cuadro de deterioro de la función renal con múltiples complicaciones en su ingreso, destacando una tromboflebitis de la vena mediana del miembro superior izquierdo demostrada mediante un estudio ecográfico. El cuadro evoluciona hacia una bacteriemia por *S. aureus* meticilín resistente y posteriormente se complica con una arteritis séptica de la carótida derecha. En un estudio de angio-TC se identifica un pseudoaneurisma micótico localizado en la cara medial del bulbo carotídeo derecho, con extensa afectación ateromatosa. En este caso la arteria carótida externa se encontraba permeable (fig. 2A).

La adecuada cobertura de la lesión requirió el empleo de una endoprótesis desde la carótida interna derecha (CID) a la carótida común derecha (CCD), acabalgada sobre el ostium de salida de la carótida externa. Se eligió el diámetro nominal adaptado al tamaño de la CCD (6,8 mm estimado) y se empleó una endoprótesis de 8×50 mm. En las series angiográficas de control se apreciaba relleno tardío mantenido del pseudoaneurisma, por lo que se introdujo un segundo stent Viabahn 7×50 mm. Se efectuaron 2 angioplastias simples de la endoprótesis con empleo de balones de 6×40 mm (segmento implantado en CID) y 8×40 mm (segmento implantado en CCD) respectivamente. Al finalizar persistía el relleno tardío del pseudoaneurisma, en relación con relleno de la carótida externa a través de la endoprótesis (fig. 2B). Posteriormente la paciente sufrió un cuadro de hipoglucemia severa en relación con su enfermedad diabética de base, probablemente descompensada. Finalmente falleció a los 8 días por un cuadro de insuficiencia respiratoria tras la extubación, poniendo de manifiesto la elevada morbimortalidad de estos pacientes, a pesar de una aparente resolución inicial del cuadro agudo.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8652200>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8652200>

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