

Migración tardía y asintomática de *stents* venosos

M.J. Martínez-Pérez, N.J. Mosquera-Arochena

Caso clínico. Paciente de 70 años, asintomático, cuya radiografía de tórax, rutinaria, posthemodiálisis, mostró la presencia de dos *stents* solapados en la arteria pulmonar inferior izquierda (Fig. 1). Ocho meses antes se había realizado angioplastia e implantación de dos *stents* solapados, balón expandibles, de 6 mm de diámetro, en la vena subclavia derecha por presentar estenosis poscateterización en ella (Fig. 2). Además, por padecer insuficiencia renal crónica se le había implantado asa de PTFE húmero-basílica



Figura 1. Radiografía simple de tórax: *stents* solapados impactados en la arteria pulmonar inferior izquierda. No se aprecian signos de infarto pulmonar.

en la extremidad inferior derecha, con un funcionamiento satisfactorio.

Ante ese hallazgo, se practicó estudio flebográfico (Fig. 3) a través del acceso vascular, observándose permeabilidad adecuada de la vena subclavia derecha en donde se habían implantado los *stents*.

Discusión. La migración tardía de *stents* es poco frecuente [1-3]. Las características de mayor flexibilidad de las paredes venosas, el aumento del flujo y la presión sanguínea, la dilatación venosa y el

frémito consiguientes desencadenados por la fístula protésica, hacen suponer que favorecieron el desprendimiento de los *stents*.

Tal vez en estos casos deban usarse *stents* de mayor calibre y, quizás, autoexpandibles, sobredilatando

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, A Coruña, España.

Correspondencia: Dr. Manuel Martínez Pérez. Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Clínico Universitario. Galeras, s/n. E-15705 Santiago de Compostela (A Coruña). E-mail: mazerep@teleline.es

© 2005, ANGIOLOGÍA

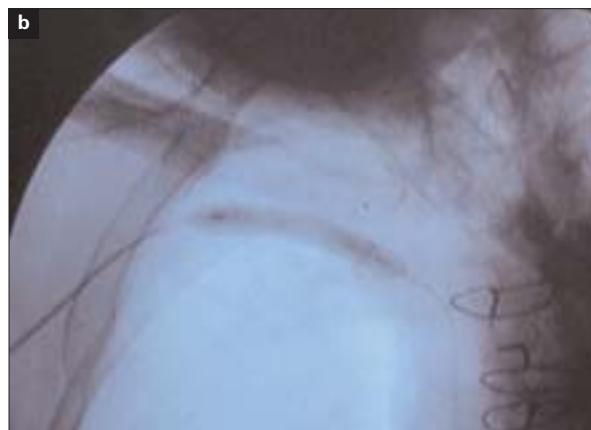
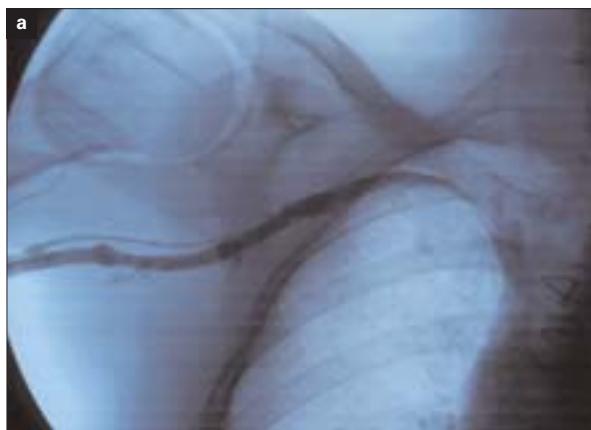


Figura 2. Estudio flebográfico: estenosis de la vena subclavia derecha (a). Angioplastia (b) y colocación de dos *stents* de 6 mm de diámetro balón expandibles (c).

al máximo la vena, aunque el riesgo de rotura venosa no anime a ello.

El hecho de que hayan emigrado unidos a la arteria pulmonar izquierda, sin provocar trombosis intravascular, y que hayan quedado impactados fisiológicamente, parece una casualidad insólita que debe considerarse dentro de la posible evolución de este tipo de material.

Este caso evidencia también la necesidad de controles periódicos en portadores de dichos materiales, aunque los pacientes estén asintomáticos.



Figura 3. Estudio flebográfico: permeabilidad de la vena subclavia tras la migración de los *stents* a la arteria pulmonar izquierda.

Bibliografía

1. Liddell PR, Dake DM. Endovascular treatment of chronic occlusions of large veins. In Rutherford BR, ed. Vascular surgery. 5 ed. Philadelphia: WB Saunders; 2000. p. 2066-77.
2. Bergan JJ. Endovenous surgery. In White AR, Fogarty JT. Peripheral endovascular interventions. St. Louis: Mosby Year Book; 1996. p. 449-63.
3. Dondelinger FR, Capasso P, Tancredi T, Grotteur G. Metal stents in the venous system. In Adan A, Dondelinger FR, Mueller RP, eds. Textbook of metallic stents. Oxford: Isis Medical Media; 1997. p. 23-49.