

Tratamiento endovascular de un traumatismo aórtico cerrado en Iraq: extensión de las capacidades endovasculares innovadoras al campo de batalla

Brandon W. Propper, Capt.^{2,3}, Joshua B. Alley, Maj.^{1,2,3}, Shaun M. Gifford, Capt.^{2,3}, Gabriel E. Burkhardt, Capt.^{2,3} y Todd E. Rasmussen, Lt. Col.^{1,2,3}, Base aérea de Balad, Iraq; Lackland Air Force Base, Texas, Estados Unidos; Bethesda, Maryland, Estados Unidos

¹332nd Expeditionary Medical Group/Air Force Theater Hospital, Base aérea de Balad, Iraq. ²Wilford Hall United States Air Force Medical Center, Lackland Air Force Base, TX 78236, EE. UU. ³Uniformed Services University of the Health Sciences, Bethesda, MD 20814, EE. UU.

Fundamento: El tratamiento de los traumatismos aórticos torácicos descendentes cerrados sigue siendo motivo de controversia. A pesar de las pruebas incipientes que describen la ventaja de la corrección endovascular en los traumatismos de la población civil, no se han publicado estudios sobre la aplicación de esta estrategia terapéutica en el austero entorno del campo de batalla. Describimos un caso clínico intervenido en la 33 MDG/Air force Theater Hospital, base aérea de Balad, Iraq.

Métodos: Un policía iraquí presentó una dehiscencia aórtica después de un traumatismo cerrado. El paciente llegó con un hemoperitoneo, fractura facial tipo LeFort III, una fractura del húmero izquierdo y una dehiscencia aórtica torácica. Después de la aplicación de una compresión facial, estabilización de la fractura y laparotomía de control de las lesiones, se efectuó una aortografía que confirmó la dehiscencia aórtica más allá de la arteria subclavia izquierda. La lesión se trató con tres *cuffs* aórticos (Gore Excluder® AAA Aortic Extender Endoprostheses), implantados de forma secuencial desde el origen de la arteria subclavia izquierda a través de la dehiscencia. Una endofuga de tipo II se trató satisfactoriamente con la implantación de un *cuff* aórtico adicional.

Resultados: El paciente fue dado de alta al cabo de un mes del tratamiento satisfactorio de los otros traumatismos. La angiografía por tomografía computerizada, efectuada a los 10 y 30 días después del procedimiento, no reveló endofugas y confirmó la resolución del hematoma periaórtico.

Conclusión: El presente caso describe el primer tratamiento endovascular de un traumatismo aórtico cerrado en tiempo de guerra y representa un compromiso mantenido para acercar las innovaciones endovasculares al campo de batalla. Aunque puede ser controvertida, esta estrategia menos cruenta es atractiva en pacientes con puntuaciones altas de gravedad de la lesión, lo que hace que su disponibilidad en tiempos de guerra sea especialmente adecuada.

DOI: 10.1016/j.acvsp.2009.02.005

DOI of original article: 10.1016/j.avsg.2009.02.007.

Tratamiento endovascular de la estenosis carotídea asociada a aneurisma intracraneal incidental

Gaudencio Espinosa^{1,2}, Lukasz Dzieciuchowicz¹ y Lukasz Grochowicz¹, Pamplona, España, y Río de Janeiro, Brasil

¹Servicio de Angiología y Cirugía Vascular y Endovascular, Clínica Universitaria, Facultad de Medicina, Universidad de Navarra, Pamplona, España. ²Department of Surgery, Rio de Janeiro Federal University, Río de Janeiro, Brasil.

Aunque no es habitual, la coexistencia de estenosis de la arteria carótida interna (ACI) y un aneurisma intracraneal puede constituir un dilema terapéutico. Presentamos el caso de una mujer de 73 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes que era portadora de estenosis crítica (> 90%), sintomática de la ACI y un aneurisma intracraneal homolateral, incidental. La estenosis carotídea se trató con angioplastia e implantación de un *stent* usando un sistema de protección cerebral distal. Se anticoaguló a la paciente y se la mantuvo en tratamiento antiagregante plaquetario de acuerdo con el protocolo de referencia. A los 5 meses de implantar el *stent* intracraneal, se efectuó embolización del aneurisma con *microcoil*. Desde la intervención carotídea, no se ha observado crecimiento en el aneurisma de la luz arterial. No se detectaron complicaciones postoperatorias relacionadas con los procedimientos. La paciente descrita en este caso clínico muestra que la presencia incidental de un aneurisma intracraneal homolateral no parece constituir una contraindicación del tratamiento endovascular de la estenosis de la arteria carótida.

DOI: 10.1016/j.acvsp.2008.10.030

DOI of original article: 10.1016/j.avsg.2008.10.012.

Trombo flotante en vena cava inferior originado a partir de la vena ovárica

Andreas Kuehnl¹, Afshin Assadian¹, Christian Reeps¹, Karl-Theo Maria Schneider², Manfred Stangl³, Hermann Berger⁴ y Hans-Henning Eckstein¹, Múnich, Alemania

¹Clinic for Vascular Surgery, Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München, Múnich, Alemania. ²Department of Obstetrics and Gynecology, Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München, Múnich, Alemania. ³Department of Surgery, Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München, Múnich, Alemania. ⁴Department of Interventional Radiology, Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München, Múnich, Alemania.

Describimos el caso de una mujer embarazada, de 37 años de edad, que fue ingresada en el hospital por sospecha de

corioamnionitis. Se practicó una cesárea con carácter urgente. A los 4 días, la paciente presentó dolor abdominal y fiebre. La tomografía computarizada sólo demostró trombosis de la vena ovárica derecha. Se instituyó de inmediato un tratamiento anticoagulante y antibioterapia. El examen con eco-Doppler, efectuado 3 días más tarde, reveló un trombo en la vena cava inferior que flotaba libremente y alcanzaba la confluencia de las venas hepáticas a pesar de la instauración de anticoagulación a dosis plenas. Por este motivo, se efectuó trombectomía de urgencia por laparotomía, y el trombo se extrajo mediante abordaje en la cava durante el clampaje suprahepático de la vena cava inferior. La paciente se restableció rápidamente de la intervención quirúrgica y fue dada de alta el décimo día postoperatorio.

DOI: 10.1016/j.acvsp.2009.03.004

DOI of original article: 10.1016/j.avsg.2009.03.012.

Uso del dispositivo Starclose para el cierre de punciones accidentales de la arteria subclavia

Victor Tran, Alexander Shiferson, Anil P. Hingorani, Enrico Ascher, Natalie Marks, Kapil Gopal, Nirav Patel y Theresa Jacob, Brooklyn, Nueva York, Estados Unidos

Division of Vascular Surgery, Maimonides Medical Center, Brooklyn, NY, EE. UU.

Objetivo: La inserción de catéteres centrales es un procedimiento habitual. También se asocia con múltiples complicaciones conocidas. Una de las potenciales que entraña una elevada morbilidad y mortalidad es la punción y canulación arterial. En el presente artículo, describimos cinco casos clínicos de inserción de una línea central que accidentalmente se implantó en la arteria subclavia y se extrajo satisfactoriamente usando el dispositivo Starclose (Abbott Laboratories, Redwood, Estados Unidos).

Métodos/resultados: Se efectuó una revisión retrospectiva de las historias clínicas de una base de datos mantenida prospectivamente. Identificamos cinco casos de canulación accidental de la arteria subclavia durante la inserción de un catéter venoso central. Todos se extrajeron satisfactoriamente en el quirófano con guía fluoroscópica o a la cabecera del paciente con el cierre de la arteriotomía usando el dispositivo Starclose. Ningún caso requirió la conversión a cirugía abierta. No se identificaron hematomas, episodios de sangrado, infartos de miocardio, arritmias o secuelas clínicas adversas tras la extracción.

Discusión. En función de nuestra experiencia limitada, consideramos que este dispositivo puede usarse sin riesgos y de forma inmediata, no sólo en el quirófano sino también a la cabecera del paciente.

DOI: 10.1016/j.acvsp.2009.06.002

DOI of original article: 10.1016/j.avsg.2009.06.005.

Dos variaciones anatómicas de la arteria vertebral en cuatro pacientes

Meixiong Cheng¹, Xiaodong Xie², Chaohua Wang², Chao You², Boyong Mao², Min He² y Changwei Zhang¹, Chengdu, China

¹Department of Radiology, West China Hospital of Sichuan University, Sichuan, China. ²Department of Neurosurgery, West China Hospital of Sichuan University, Sichuan, China.

En este artículo, presentamos cuatro casos de anomalías poco frecuentes del cayado aórtico y de las arterias vertebrales y describimos las posibles etiologías embriológicas. Se incluyen dos casos en los que la arteria vertebral derecha se originaba a partir de la arteria carótida común derecha con una arteria subclavia derecha aberrante, originada a partir de la parte media del cayado, y dos casos en los que la arteria vertebral izquierda tenía un doble origen a partir de la arteria subclavia izquierda y el cayado aórtico.

DOI: 10.1016/j.acvsp.2009.06.003

DOI of original article: 10.1016/j.avsg.2009.06.007.

Bypass axilar-aortobilateral para el tratamiento de la isquemia cerebral crítica debida a una arteritis de Takayasu

Bin Zhang, Zhong-gao Wang, Ying Huang, Yong-quan Gu, Heng-xi Yu, Bing Chen y Jian Zhang, Beijing, China

Department of Vascular Surgery, Xuan Wu Hospital, Capital Medical University, Beijing, China.

La isquemia cerebral como consecuencia de oclusión de los troncos supra-aórticos por arteritis de Takayasu es un proceso excepcional. El *bypass* arterial aorto-carótida interna bilateral es un medio de tratarla. No obstante, el síndrome de reperfusión postoperatorio sigue siendo una complicación grave no resuelta e incluso mortal. El caso clínico descrito pone de relieve nuevos hallazgos. La paciente presentó un infarto cerebral masivo en el hemisferio cerebral izquierdo, cuatro lesiones arteriales cervicales y un síndrome del robo de la subclavia bilateral. El *bypass* desde aorta ascendente a arteria axilar bilateral reanudó el flujo sanguíneo vertebral y, como consecuencia, la paciente presentó una mejora espectacular. A diferencia del *bypass* aorta ascendente-carótida, que aumenta directamente la perfusión cerebral, en nuestro procedimiento se obtiene indirectamente a través de la arteria axilar. Por lo tanto, hay razones firmes para recomendar este *bypass* aorta ascendente-biaxilar en pacientes con isquemia cerebral debida a lesiones de las cuatro arterias cervicales, acompañada de un fenómeno del robo de la subclavia bilateral que ha invertido el flujo vertebral.

DOI: 10.1016/j.acvsp.2009.06.004

DOI of original article: 10.1016/j.avsg.2009.06.009.