

DEBATE ABIERTO

CASO CLÍNICO N° 3 | AÑO 2013

ANGIOPLASTÍA CAROTÍDEA CON SISTEMA DE PROTECCIÓN PROXIMAL CON INVERSIÓN DE FLUJO

Paciente de sexo masculino de 48 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia e hipotiroidismo (tiroidectomía hace 25 años) que ingresa por ACV de 16hs de evolución.

Presentó parálisis facio-braquio-crural derecha y disartria, evolucionando favorablemente en las primeras horas, presentando al momento del ingreso solamente leve paresia.

ECG de ingreso en ritmo sinusal. Se realiza **TAC** dentro de las 24hs del evento en la que sólo se evidenciaron escasas lesiones isquémicas lacunares crónicas y una segunda TAC a las 48hs que muestra lesión isquémica reciente, frontal pre-rolándica izquierda (Figura 1).

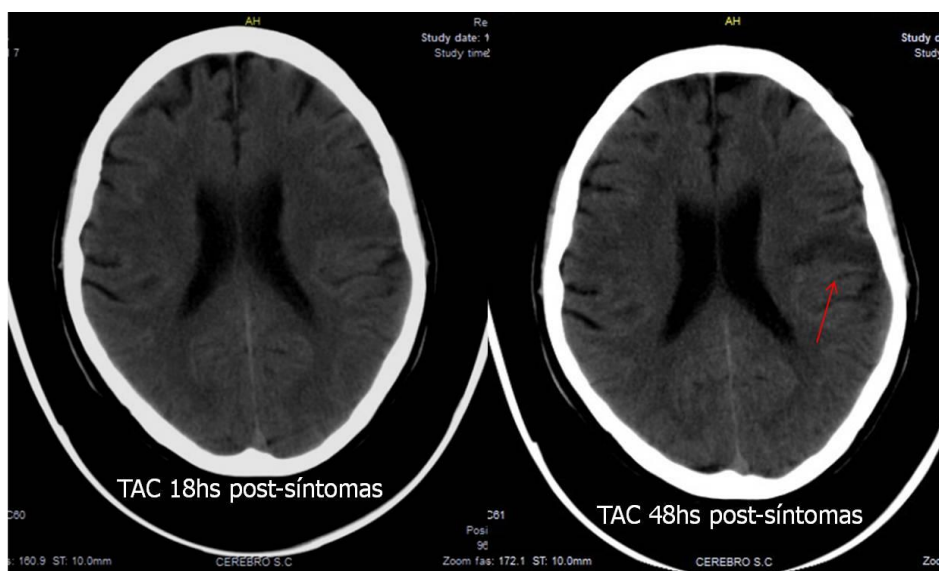


Figura 1. a) TAC de ingreso sin signos claros de isquemia aguda. b) TAC a las 48hs con lesión frontal pre-rolándica izquierda

Ecocardiograma transtorácico normal.

Eco-doppler de vasos del cuello: Estenosis crítica de carótida interna izquierda, con imagen de placa blanda y anfractuosa (Figura 2) y estenosis no significativa de arteria carótida interna derecha.

DEBATE ABIERTO

CASO CLÍNICO N° 3 | AÑO 2013

ANGIOPLASTÍA CAROTÍDEA CON SISTEMA DE PROTECCIÓN PROXIMAL CON INVERSIÓN DE FLUJO

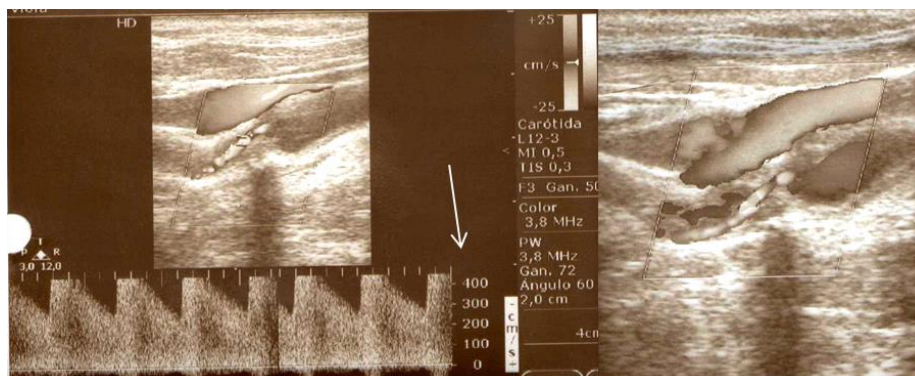


Figura 2. Eco Doppler carotideo mostrando estenosis crítica de carótida interna izquierda

Se indica **Arteriografía de Vasos del Cuello** que muestra:

- Arco aórtico tipo I
- Estenosis leve de arteria carótida interna derecha
- Circulación colateral hacia territorio cerebral anterior y medio izquierdo
- Estenosis subtotal de arteria carótida interna izquierda (Figura 3)



Figura 3. Arteriografía que muestra estenosis subtotal de carótida interna izquierda

Se decide realizar ATP Carotidea con stent, la cual se realizó a los 28 días del evento (debido a demoras en la provisión del material solicitado). Durante ese período el paciente evolucionó favorablemente con doble antiagregación, presentando recuperación completa de su sintomatología.

DEBATE ABIERTO

CASO CLÍNICO N° 3 | AÑO 2013

ANGIOPLASTÍA CAROTÍDEA CON SISTEMA DE PROTECCIÓN PROXIMAL CON INVERSIÓN DE FLUJO

El procedimiento terapéutico se realizó mediante abordaje femoral derecho, utilizándose un sistema de protección MOMA[®], proximal, con inversión de flujo (oclusión-aspiración). Se realizó predilatación de la obstrucción con balón 3,0 x 20mm, posteriormente se despliega un Wallstent[®] 8 x 40mm (stent autoexpandible de celdas cerradas) y se postdilata con balón 5.0 x 19mm (Figura 4 a, b, c, d, e y f).

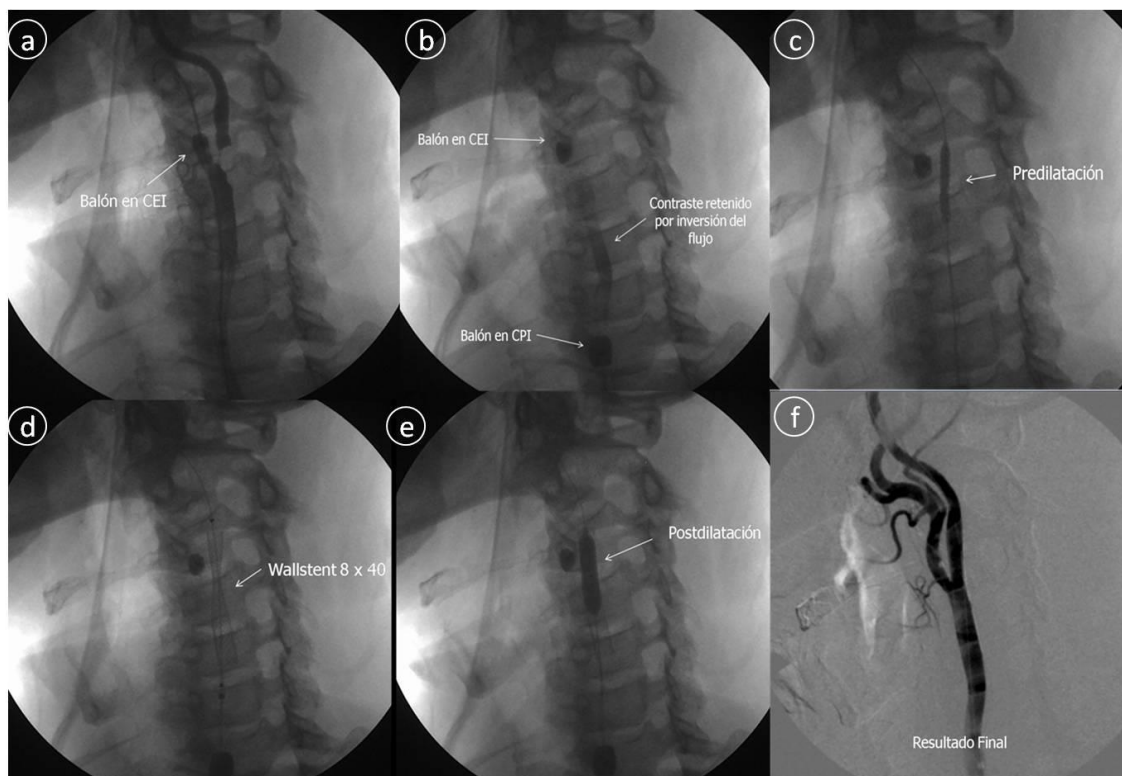


Figura 4. ATP carotídea con sistema de protección proximal M.O.M.A e implante de Carotid Wall Stent 8 x 40mm.

Se realiza aspiración de 3 jeringas de 20cc antes de desinsuflar balones del sistema de protección extrayéndose gran cantidad de material trombótico y detritus (Figura 5).

DEBATE ABIERTO

CASO CLÍNICO N° 3 | AÑO 2013

ANGIOPLASTÍA CAROTÍDEA CON SISTEMA DE PROTECCIÓN PROXIMAL CON INVERSIÓN DE FLUJO

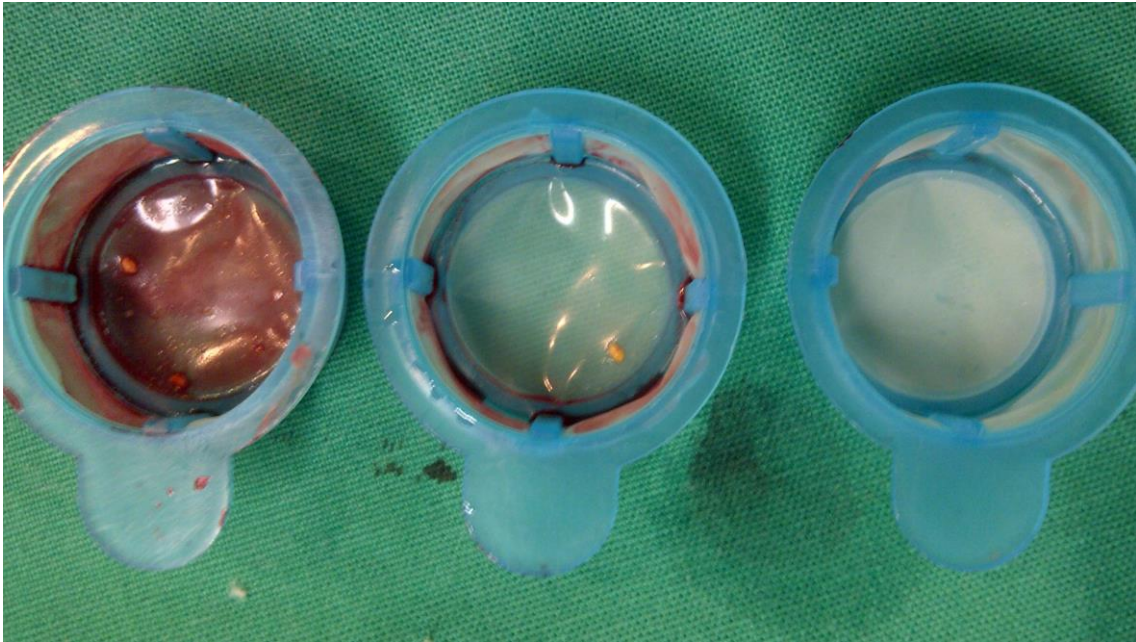


Figura 5. Material extraído de aspiración a través de M.O.M.A.

El paciente evolucionó favorablemente, sin síntomas, siendo dado de alta a las 24hs de la realización de la angioplastia.

Discusión: En este caso, de un paciente con ACV menor y lesión carotídea crítica y con alto componente trombótico, creemos importante poder analizar varios puntos interesantes aún muy discutidos en la literatura:

1) *¿Cuál es el momento de intervenir a este tipo de pacientes?*

El concepto más aceptado en la práctica diaria es que habría que esperar al menos 4 semanas para el tratamiento de estos pacientes, ya que esto hace disminuir considerablemente la tasa de eventos durante el procedimiento. Sin embargo en la actualidad ya hay guías y equipos de trabajo que sugieren el tratamiento dentro de las 2 primeras semanas del evento ([ver artículos relacionados](#)). Nuestra intención en este caso fue tratarlo más precozmente, pero se lo trató a los 28 días debido a demoras en la provisión del sistema de protección.

2) *¿Se debe intervenir a estos pacientes mediante endarterectomía quirúrgica o mediante intervencionismo percutáneo?*

En general la tasa de eventos en el tratamiento de este tipo de pacientes es similar para ambos tipos de estrategia, aunque en este caso debido a la presencia de cuello hostile se optó por el tratamiento endovascular

DEBATE ABIERTO

CASO CLÍNICO N° 3 | AÑO 2013

ANGIOPLASTÍA CAROTÍDEA CON SISTEMA DE PROTECCIÓN PROXIMAL CON INVERSIÓN DE FLUJO

3) *¿Qué clase de sistema de protección cerebral debería utilizarse si se opta por tratamiento endovascular?*

En nuestra opinión, debido al alto contenido trombótico de este tipo de placas complicadas, el riesgo de embolización al cruzar la obstrucción con filtros de protección distal es considerable, por lo que optamos por sistema de inversión de flujo, extrayendo gran cantidad de material como se ve en las imágenes.

Conclusión: El ACV isquémico es un problema muy frecuente en el mundo actual, y conlleva una alta tasa de morbi-mortalidad. El tratamiento intervencionista presenta un rol fundamental para este tipo de pacientes.

GRUPO DE DEBATE ABIERTO:

Leandro Martínez Riera

Lucas Gerbaudo

Marcos de la Vega

Mariano Rubio

Martín Cisneros

PUEDE REALIZAR UN COMENTARIO, CRÍTICA CONSTRUCTIVA, OBSERVACIÓN O SUGERENCIA ESCRIBIENDO a debateabierto@caci.org.ar.