

Cartas al Editor

Manejo conservador de una disección yatrogénica de la arteria subclavia durante un intervencionismo coronario

Conservative Management of Iatrogenic Subclavian Artery Dissection During a Percutaneous Coronary Interventional Procedure

Sra. Editora:

La disección yatrogénica de la arteria subclavia durante un cateterismo cardiaco es una complicación escasamente referida en la literatura, probablemente a causa de una baja incidencia y un probable sesgo de publicación, por tratarse de una complicación.

Mujer de 75 años, hipercolesterolémica e hipertensa, con antecedente de enfermedad severa del tronco común izquierdo y los tres vasos coronarios, fue tratada quirúrgicamente mediante triple *bypass* de safena a oblicua marginal, safena al ramo posterolateral de la arteria circunfleja (dominancia izquierda) y mamaria izquierda a descendente anterior en el año 2002. Asintomática desde el punto de vista cardiovascular, ingresó en junio de 2010 por angina en reposo prolongado con elevación de troponinas. Se realizó una coronariografía, vía radial izquierda, que mostró oclusión de la descendente anterior, la circunfleja y la coronaria derecha proximales con permeabilidad de los injertos, pero con lesión severa en la anastomosis de la arteria mamaria a la descendente anterior. Tras consultar con su médico responsable y la paciente, se decidió intervencionismo percutáneo sobre la lesión de la anastomosis de la mamaria a la descendente anterior. La intervención se realizó vía radial izquierda empleando un catéter guía Judkins Right 4 de 6 Fr. Tras dilatar con balón la anastomosis, en una inyección de control, se observó disección espiroidea de la arteria subclavia (fig. 1A) que afectaba a los orígenes de la arteria vertebral y el tronco tirocervical, con retención de contraste en vacío (fig. 1B). La paciente refería ligero dolor en la zona clavicular izquierda, sin más síntomas. Se pudo finalizar la angioplastia mediante el implante de un *stent* farmacoactivo en la anastomosis,

sin otras complicaciones. Al final del procedimiento se comprobó la persistencia de la imagen de disección sin deterioro del flujo en la arteria subclavia ni en ninguna de sus ramas. La ausencia de síntomas y la conservación del flujo hicieron decidir un manejo conservador farmacológico con doble antiagregación y demás fármacos para el tratamiento de su cardiopatía isquémica y sus otras enfermedades.

Tres meses después, la paciente, asintomática hasta ese momento, reingresó por un nuevo episodio de dolor torácico en reposo, sin alteraciones electrocardiográficas ni enzimáticas. Se repitió la coronariografía, que evidenció ausencia de reestenosis o nuevas lesiones coronarias y desaparición de la imagen de disección a nivel de la arteria subclavia y sus ramas (fig. 1C).

Sólo se han descrito en la literatura 5 casos de disección yatrogénica de la arteria subclavia¹⁻⁵. En uno de ellos se realizó un manejo conservador¹ y no contó con seguimiento angiográfico que asegurara la completa resolución de la complicación. Los demás se trataron invasivamente. En todos los casos publicados la disección se produjo durante la cateterización de la mamaria en cateterismos vía femoral.

La cateterización de la arteria mamaria interna en pacientes en que se ha empleado este vaso como injerto arterial es una práctica común en los laboratorios de hemodinámica. Su cateterización es factible y segura a través del acceso femoral, aunque frecuentemente no se logra selectivamente y obliga a más manipulación de los catéteres que la necesaria en las arterias coronarias nativas. La vía radial o braquial izquierda se han propuesto como método para facilitar su cateterización disminuyendo el riesgo de daño en la arteria subclavia⁵. La vía radial izquierda facilita la cateterización de la arteria mamaria izquierda pero, como ejemplifica el caso presentado, no evita la posibilidad de disección de la arteria subclavia. A diferencia de los casos publicados, en nuestra paciente la disección no se acompañó de deterioro del flujo. Probablemente el origen de la disección (desde distal a proximal), al haberse accedido vía radial, favoreció la ausencia de progresión de la disección, su sellado espontáneo y el éxito del manejo conservador.

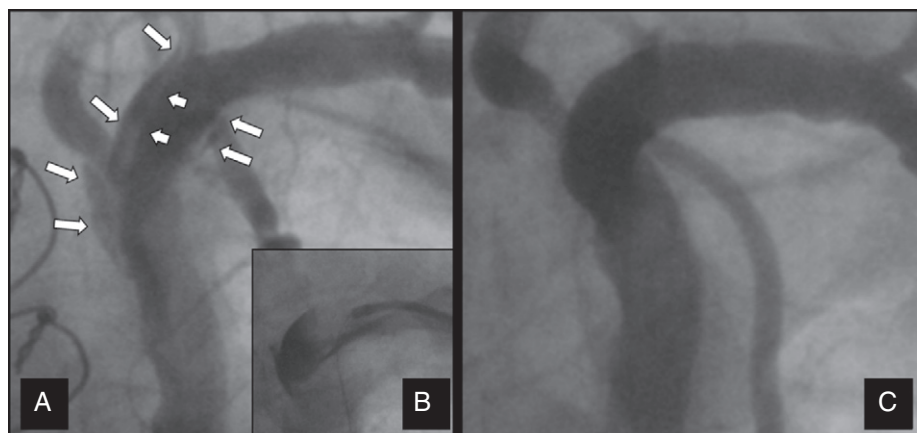


Figura 1. A: disección espiroidea en el primer procedimiento. B: imagen en vacío. C: completo sellado 3 meses después.

No existe un tratamiento sólidamente indicado para este tipo de infrecuente complicación. En los casos con mantenimiento del flujo, ausencia de signos de isquemia arterial o sufrimiento neurológico, el manejo conservador puede ser una estrategia eficaz que evite mayores complicaciones.

Ramón López-Palop*, Pilar Carrillo, Araceli Frutos y Alberto Cordero

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario San Juan de Alicante, San Juan de Alicante, Alicante, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: mlopezs@meditex.es

(R. López-Palop).

On-line el 13 de abril de 2011

BIBLIOGRAFÍA

1. Frohwein S, Ververis JJ, Marshall JJ. Subclavian artery dissection during diagnostic cardiac catheterization: the role of conservative management. *Catheter Cardiovasc Diagn.* 1995;34:313-7.
2. Galli M, Goldberg SL, Zerboni S, Almadoro Y. Balloon expandable stent implantation after iatrogenic arterial dissection of the left subclavian artery. *Catheter Cardiovasc Diagn.* 1995;35:355-7.
3. Schmitter SP, Marx M, Bernstein R, Wack J, Semba CP, Dake MD. Angioplasty-induced subclavian artery dissection in a patient with internal mammary artery graft: treatment with endovascular stent and stent-graft. *AJR Am J Roentgenol.* 1995;165:449-51.
4. Collins NJ, Beecroft JR, Horlick EM. Complex right subclavian artery dissection during diagnostic cardiac catheterization. *J Invasive Cardiol.* 2008;20:E61-3.
5. Spies C, Fergusson D. Treatment of an iatrogenic subclavian artery dissection. *Catheter Cardiovasc Interv.* 2010;76:35-8.

doi:10.1016/j.recesp.2010.11.017

Un caso excepcional de seudotumor inflamatorio calcificado transmural cardiaco

An Unusual Case of Transmural Calcifying Inflammatory Pseudotumor of the Heart

Sra. Editora:

El seudotumor inflamatorio es una lesión expansiva caracterizada por un infiltrado de células inflamatorias y miofibroblastos, de etiología desconocida, que afecta al tejido pulmonar en niños y jóvenes y rara vez a los adultos. Su pronóstico suele ser favorable, ya que la invasión a distancia suele ser rara. Se han descrito algunos casos de seudotumor inflamatorio cardiaco en niños y jóvenes, y sólo 15 casos en adultos¹⁻⁵, confinado al endocardio o las válvulas¹. En los adultos, se ha descrito en cualquier cavidad, con aspecto de mixoma o fibroelastoma bien definido, que puede generar

numerosos síntomas⁴. Aunque el tratamiento es la excisión del tumor siempre que sea posible¹, se ha descrito algún caso de regresión con corticoides⁶. Las recurrencias no son infrecuentes (13-37%), aunque el pronóstico suele ser favorable. Existe un subtipo de seudotumor inflamatorio, el calcificado, que podría corresponder al estadio evolucionado del seudotumor inflamatorio, con abundantes fibras de colágeno, calcificaciones distróficas² y patrón inmunohistoquímico característico (positividad para actina específica de músculo, FXIIIa, CD68 y vimentina y negatividad para CD34). Aunque ocasionalmente el seudotumor inflamatorio puede presentar mitosis, la ausencia de atipia lo distingue del sarcoma verdadero³. No hemos encontrado en la literatura ningún caso descrito de seudotumor inflamatorio primario cardiaco calcificado en adultos y sólo 2 casos en niños^{2,7}, como tampoco de afección transmural.

Varón de 57 años, no fumador, fue remitido por angina progresiva, con exploración y electrocardiograma normales. La coronariografía mostró estenosis del 95% en la arteria circunfleja,

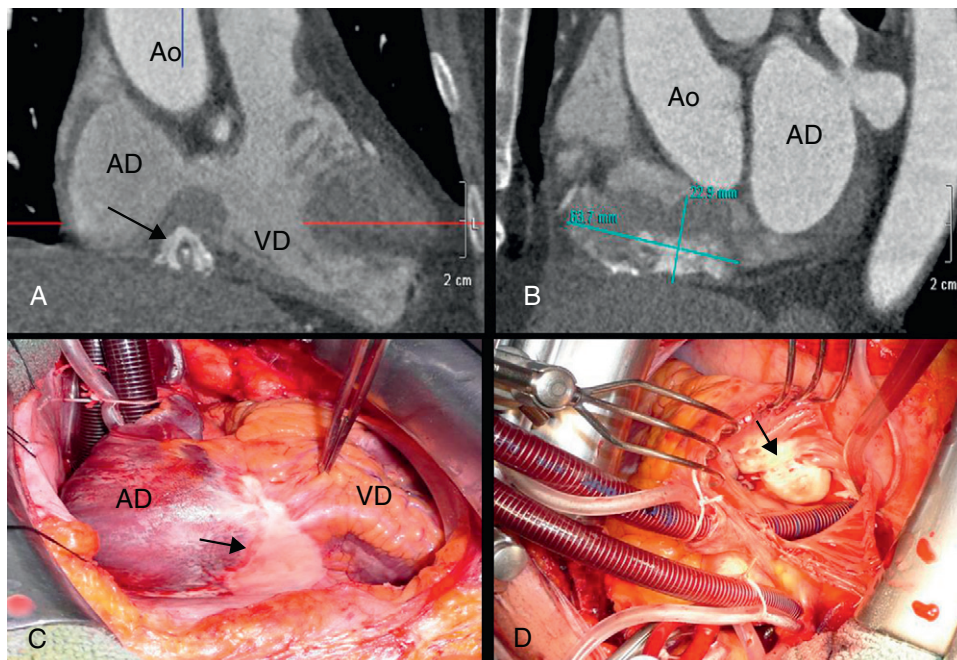


Figura 1. A y B: imágenes de tomografía de la masa calcificada en el surco auriculoventricular. C: aspecto de la calcificación del seudotumor durante la cirugía (flecha). D: protrusión de la lesión en el anillo tricuspídeo (flecha) AD: aurícula derecha; Ao: aorta; VD: ventrículo derecho.