

Case Report

DIC. 2020

Tratamiento endovascular de aneurisma disecante intracraneal roto mediante dispositivos p64 HPC y monoterapia antiagregante

HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL DE MADRID

Unidad de Neurorradiología Intervencionista

*Dr. José Carlos Méndez Cendón**Dr. Eduardo Fandiño Benito**Dra. Isabel Bermúdez-Coronel Prats*

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de años que ingresa por un cuadro de cefalea hemicraneal izquierda de 24 horas de evolución y pérdida de campo visual izquierdo. Se realiza TC craneal y angio-TC que muestran un aneurisma en segmento paraclinoideo de arteria carótida interna izquierda no roto. Se decide ingresar para estudio. A las 12 horas la paciente presenta un cuadro súbito de crisis convulsivas y pérdida de nivel de conciencia que obliga a intubación e ingreso en UCI. En el nuevo TC craneal realizado se objetiva hemorragia subaracnoidea (HSA) grado Fisher III (Fig. 1).

Se realiza arteriografía cerebral urgente, que muestra un voluminoso aneurisma en segmento paraoftálmico de carótida interna izquierda de morfología disecante (Fig. 2).

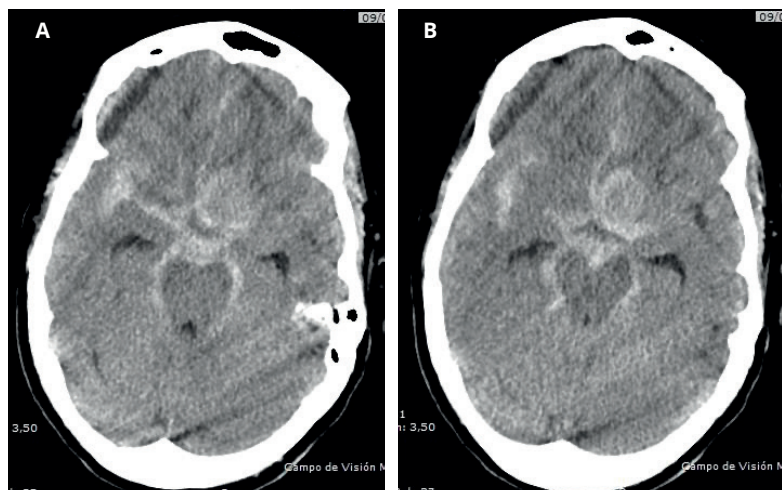


FIGURA 1

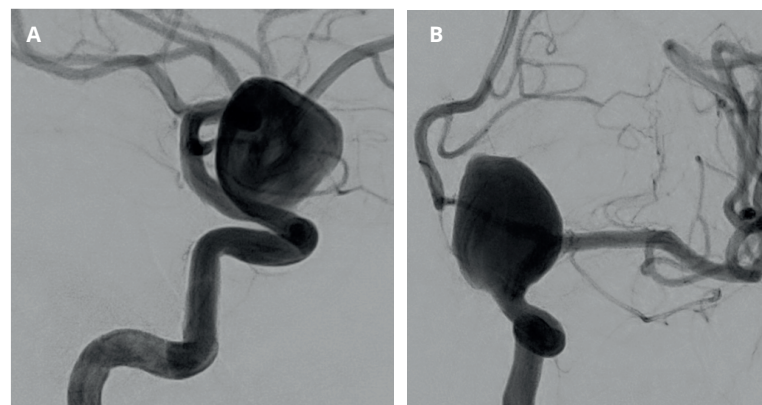


FIGURA 2

TRATAMIENTO

A continuación se realiza tratamiento endovascular urgente del aneurisma. Dada la morfología del mismo (aneurisma disecante), la presencia de déficit campimétrico visual por efecto de masa, y el antecedente de hemorragia, se decide tratamiento mediante técnica combinada con stent divisor de flujo (FD) y coils. Todo ello para conseguir oclusión del aneurisma sin aumentar significativamente el efecto de masa, así como evitar resangrado precoz. Se decide tratar mediante p64 - HPC por el antecedente de sangrado agudo reciente, ya que el recubrimiento antitrombogénico permite instaurar terapia antiagregante únicamente con aspirina. Asimismo, se decide proteger el saco aneurismático con varios coils para prevenir resangrado precoz, aunque sin pretender un empaquetamiento total para no aumentar el efecto de masa.

Mediante punción femoral derecha se realiza abordaje coaxial de carótida interna izquierda (introduccion Arrow-flex 6F 90 cm, catéter guía Navien 6F 105 cm) y a continuación abordaje del aneurisma mediante técnica "jailing" con dos microcatéteres (Rebar 18 y Excelsior SL-10) (Fig. 3A). En primer lugar se implanta dispositivo p64-HPC de 4 x 15 mm. (Fig. 3B) y a continuación

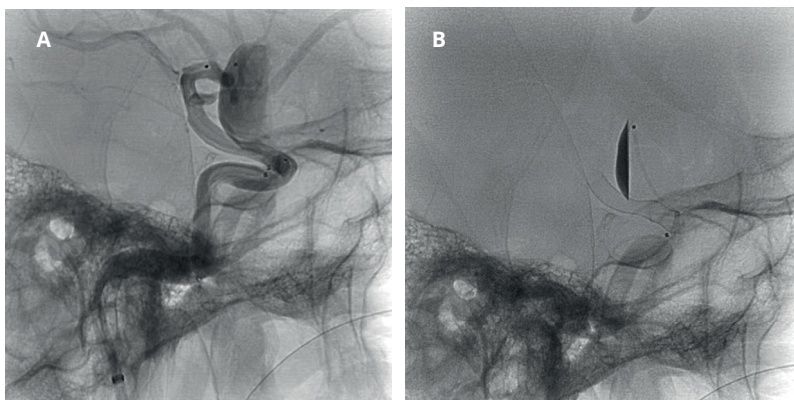


FIGURA 3

se introducen 6 coils largables en el saco aneurismático (Fig. 4 A). El resultado fue satisfactorio, con retención significativa de contraste intrasacular post-procedimiento y permeabilidad de arteria carótida a nivel del cuello sin complicaciones tromboembólicas (Fig. 4B, C).

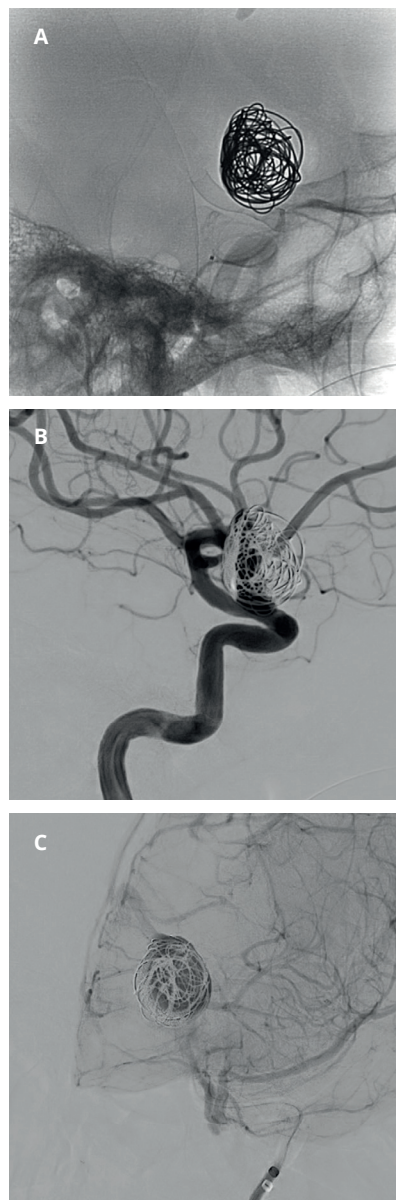


FIGURA 4

La medicación pautaada fue la siguiente:

- Heparina sódica i.v.: dos bolos de 5.000 UI y 1.000 UI, respectivamente
- Acido acetil salicílico (AAS) i.v. (ynesprin): bolo de 500 mg 20 min previo a implantación de FD. Dosis de mantenimiento, 300 mg/12 h durante 7 días, 200 mg/12 h hasta 30 días.

A las 24 horas tras la embolización se realiza TC craneal y angioTC que confirman permeabilidad de arteria carótida interna a nivel del cuello de la lesión.

A las 48 horas post-embolización se realiza nueva arteriografía cerebral ante sospecha de vasoespasmio. La prueba descarta vasoespasmio pero se objetiva recanalización con entrada de contraste a nivel del cuello del aneurisma, respecto a arteriografía de control post-embolización (Fig. 5).

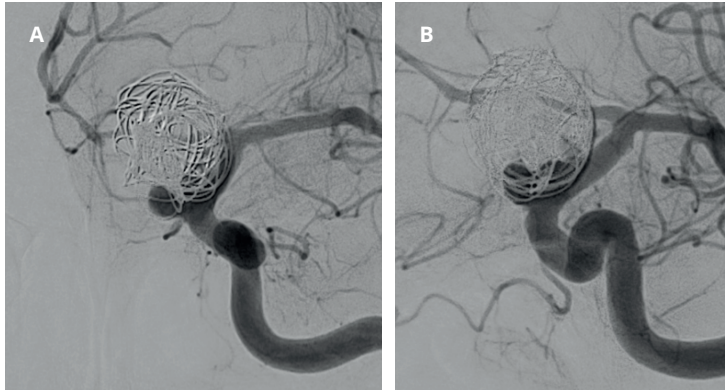


FIGURA 5

La medicación pautada fue la siguiente:

- Heparina sódica: bolo de 5.000 UI i.v.
- Acido acetil salicílico (AAS) i.v. (ynesprin): misma dosis de mantenimiento pautada previamente (300)

La enferma evolucionó lenta pero favorablemente de sus secuelas neurológicas.

Un mes después del primer tratamiento endovascular se realizó arteriografía de control que mostró oclusión satisfactoria del aneurisma, con pequeño resto a nivel del cuello que presentaba retención significativa de contraste en fases venosas (Fig. 7) y permeabilidad de arteria portadora. Se pautó a partir de entonces adiro 100 mg v.o. 100 mg /día de forma crónica.

La enferma fue dada de alta con debilidad en las 4 extremidades y deterioro cognitivo (mRS 3) a hospital de rehabilitación. Se encuentra pendiente de realizar control angiográfico a los 6 meses.

Al tratarse de una lesión inestable (aneurisma disecante) con sangrado previo, se decide implantar un segundo FD a nivel del cuello, telescopado proximalmente con el anterior (p64 HPC 4 x 21 mm.). El procedimiento transcurrió sin incidencias, objetivando retención de contraste del resto permeable (Fig. 6).

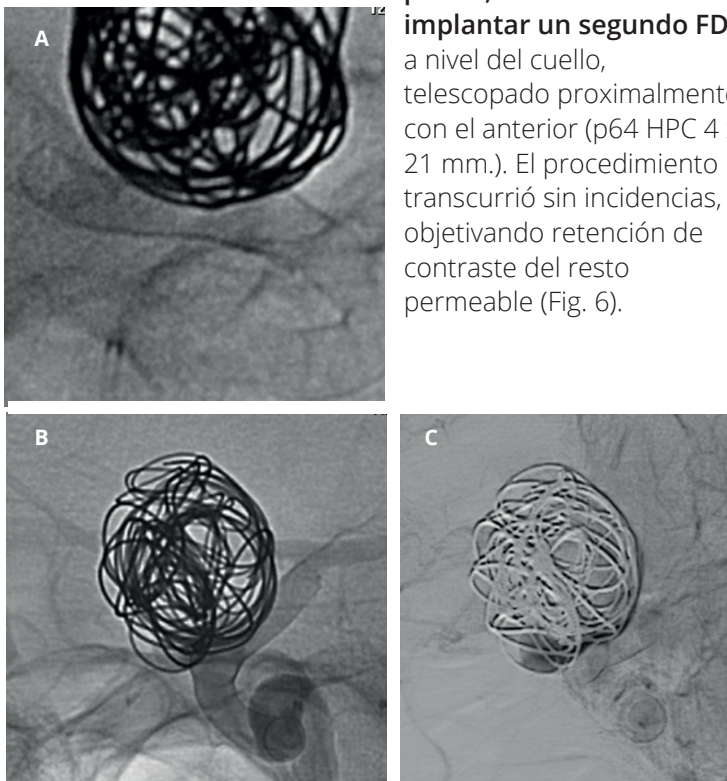


FIGURA 6

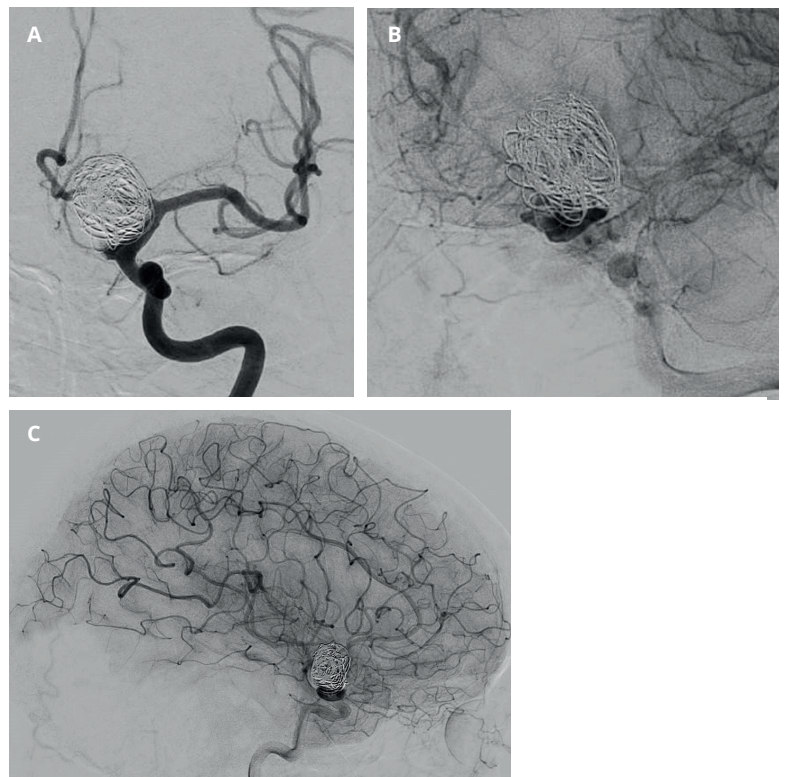
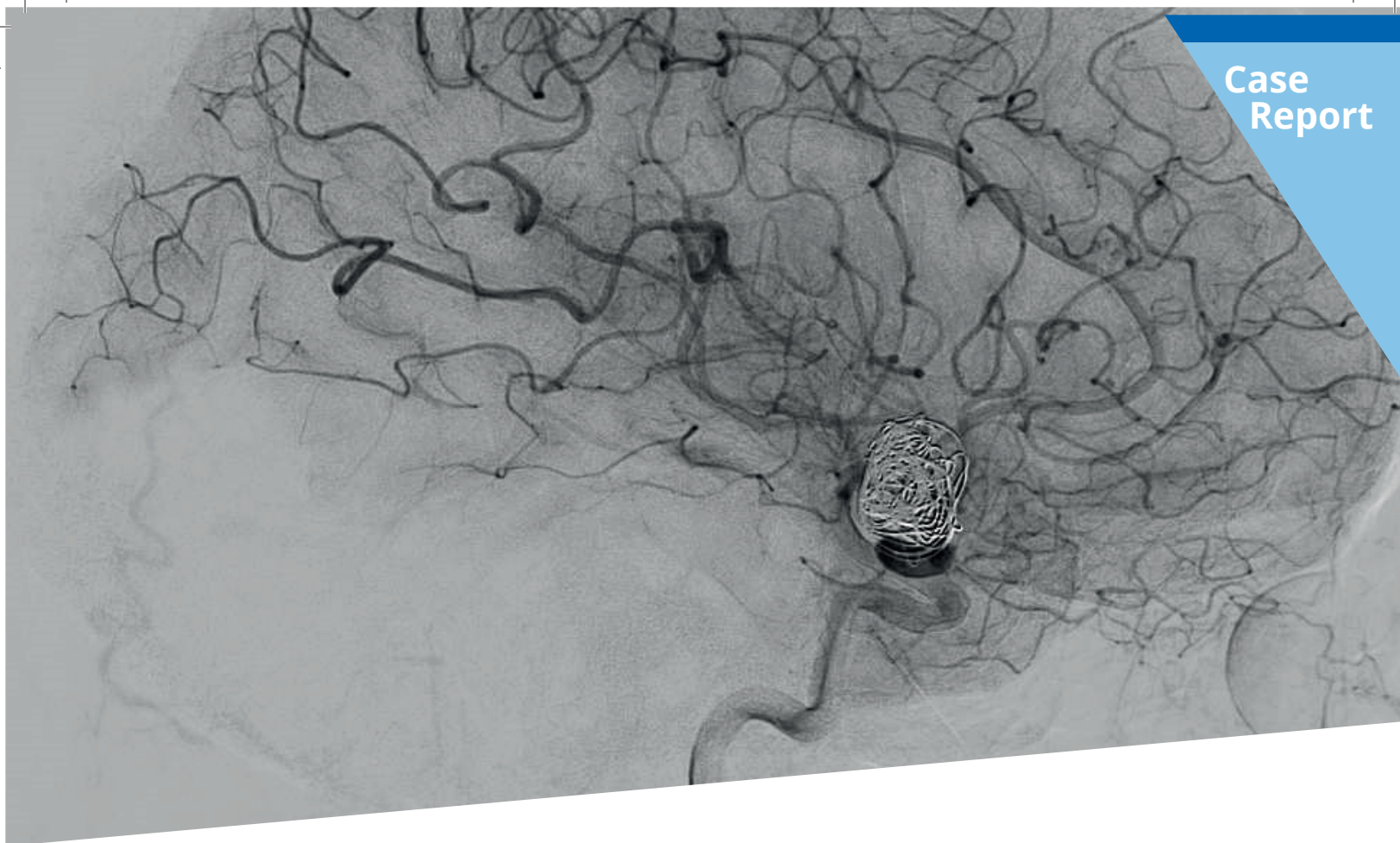


FIGURA 7



Tratamiento endovascular de aneurisma disecante intracraneal roto mediante dispositivos p64 HPC y monoterapia antiagregante



**Izasa
Hospital**

A Werfen Company

Izasa Hospital, S.L.U.
Plaza de Europa, 21-23
08908 L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

Atención al Cliente
Tel. 900 822 270

izasahospital.com

