

Extracción aórtica de dispositivo Watchman® migrado



Aortic Extraction of a Migrated Watchman® Device

La fibrilación auricular de origen no valvular (FANV) es la arritmia más frecuente en nuestro medio y su complicación más grave es el accidente cerebrovascular de origen cardioembólico por la discapacidad y mortalidad que conlleva. El tratamiento estándar de esta arritmia es la anticoagulación con antagonistas de la vitamina K y anticoagulantes orales (ACO) siendo el principal problema de estos fármacos el incremento del riesgo de hemorragia. Más del 90% de los trombos localizados en la aurícula izquierda se localizan dentro de la orejuela izquierda (OI), lo que ha llevado a la

creación de dispositivos que cierran la misma para así prevenir el riesgo cardioembólico. El cierre percutáneo de la OI está aún en fases iniciales y su indicación se reserva actualmente para aquellos pacientes con FANV con contraindicación al tratamiento anticoagulante.

Paciente varón de 67 años de edad, hipertenso, y ex-fumador con FANV sin cardiopatía estructural con alto riesgo embolígeno anticoagulada con Edoxaban® que sufre un hematoma intraparenquimatoso en hemisferio izquierdo como complicación de la misma, por lo que se procede a la

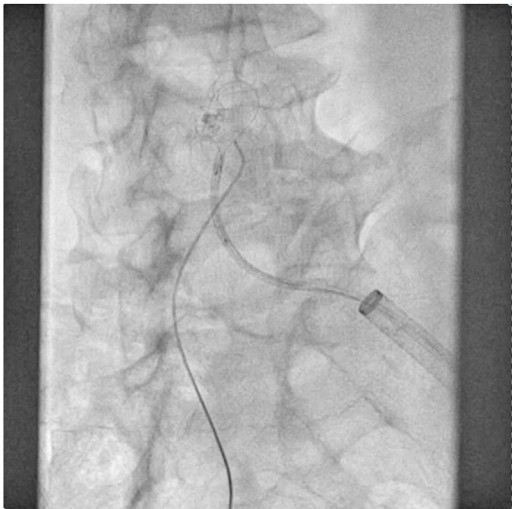


Figura 1 – Aortografía.

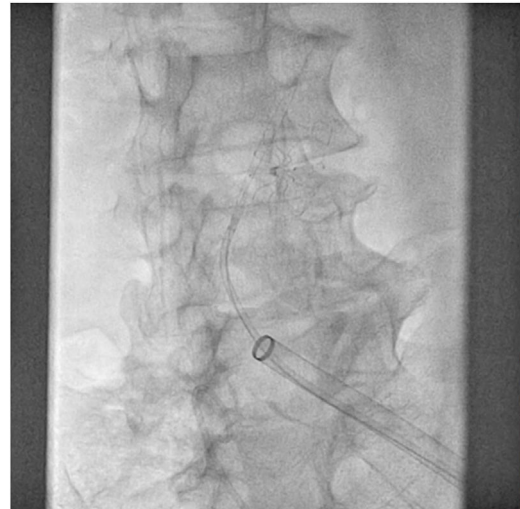


Figura 3 – Intento de captura vía femoral izquierda.

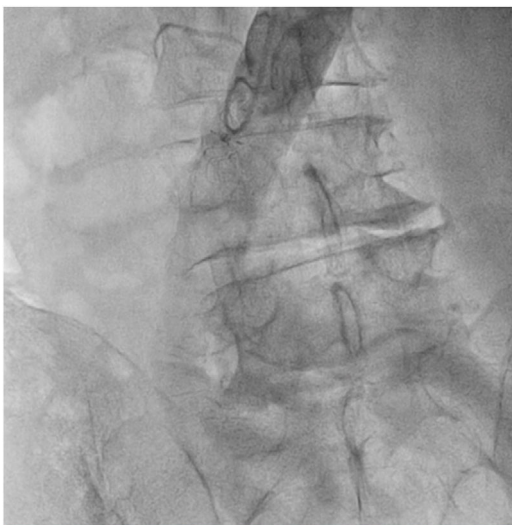


Figura 2 – Intento de captura con lazo y guía vía femoral derecha.

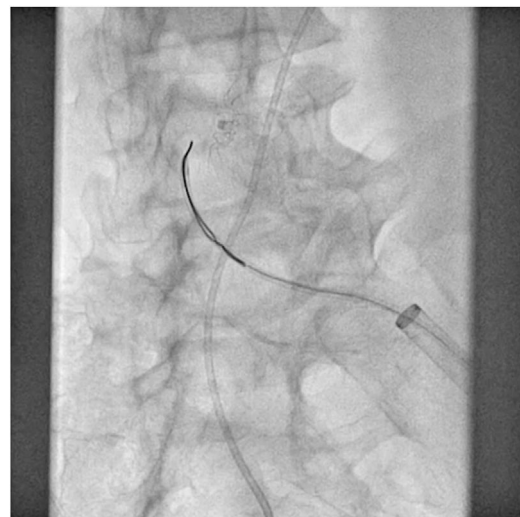


Figura 4 – Intento de captura vía femoral izquierda.

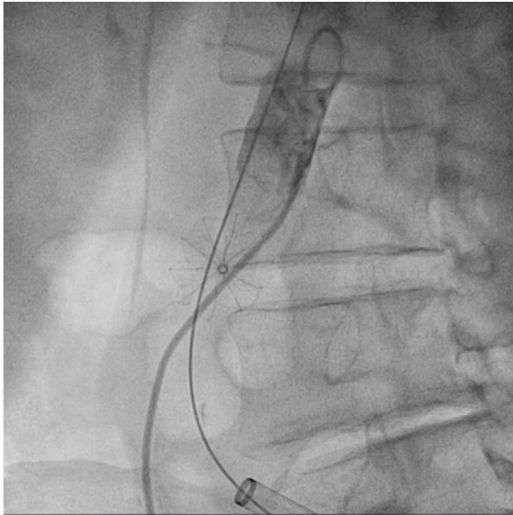


Figura 5 - Diseción de aorta abdominal y de arteria iliaca común derecha.

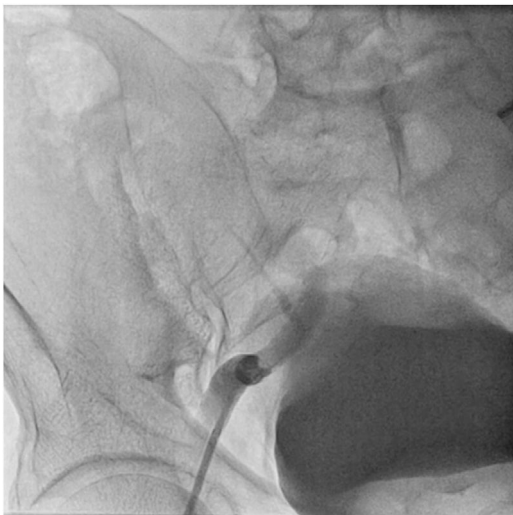


Figura 6 - Diseción de aorta abdominal y de arteria iliaca común derecha.



Figura 7 - Arteriotomía con extracción de dispositivo y cierre del defecto con parche de pericardio bovino.

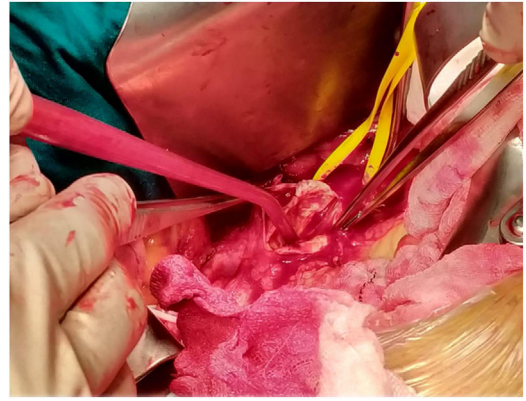


Figura 8 - Arteriotomía con extracción de dispositivo y cierre del defecto con corrección de la disección con parche de pericardio bovino.

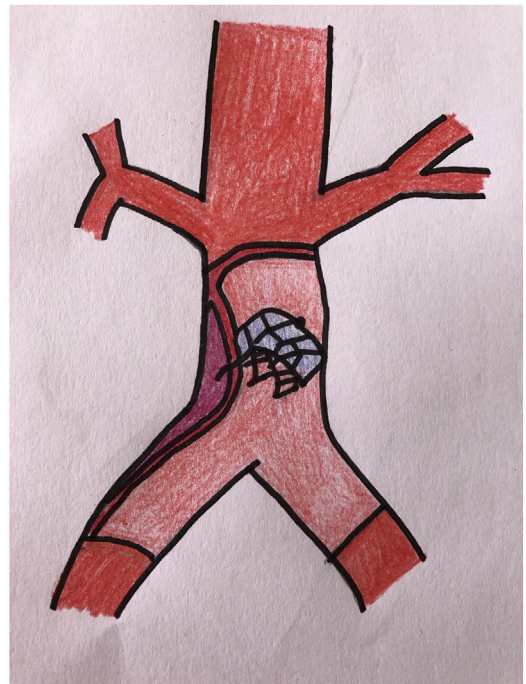


Figura 9 - Arteriotomía con extracción de dispositivo y cierre del defecto con corrección de la disección con parche de pericardio bovino.

colocación de un dispositivo de cierre de orejuela izquierda tipo Watchman®. En el ecocardiograma transesofágico de control realizado al mes, estando el paciente completamente asintomático, se objetiva migración del dispositivo, por lo que se realiza tomografía axial computarizada visualizándose dicho dispositivo en la aorta abdominal infrarrenal.

El paciente se traslada a la sala de hemodinamia donde se intenta la extracción del dispositivo. Se utilizan diferentes catéteres lazo de 10, 25 y 30 mm, así como lazos de fabricación con guías largas y cortas intentando movilizar el dispositivo desde diferentes accesos vasculares (acceso bifemoral 6 y 18 Fr y radial 6 Fr) (figuras de la 1 a la 4). Se produce como complicación disección de aorta abdominal con extensión a arteria iliaca común derecha (figuras 5 y 6) y pérdida total del flujo en extremidad inferior ipsilateral con signos y síntomas de isquemia

arterial aguda, por lo que el paciente es trasladado de forma urgente al quirófano de angiología y cirugía vascular. Se realiza disección de aorta abdominal infrarrenal vía laparotomía media con aortotomía longitudinal en el lugar de la localización del cuerpo extraño visualizándose el dispositivo migrado anclado a la íntima-media de la pared arterial. Se procede a su extracción y posteriormente se realiza cierre de aortotomía con parche de pericardio bovino fijando la disección y corrigiendo así el defecto (figuras de la 7 a la 9). El paciente sale de quirófano con pulso pedio bilateral y excelente perfusión distal.

Vista la dificultad para extraer el dispositivo por vía endovascular y debido a la complicación que se produjo durante el procedimiento, podría plantearse, como primera opción, la extracción mediante cirugía abierta.

Cabe la posibilidad de que los saltos a ritmo sinusal que el paciente experimentaba fueran causantes de la migración del dispositivo, lo que debería hacernos pensar en otra posible opción terapéutica como la implantación de un marcapasos.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.ciresp.2020.02.012](https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2020.02.012).

Isabel M^a Manosalbas Rubio*, Jorge Jesús Martín Cañuelo, María Cristina Galera Martínez, Emilio García Turrillo y Manuel Rodríguez Piñero

Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Angiología y Cirugía Vascular, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: isamaru91@gmail.com (I.M. Manosalbas Rubio).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2020.02.012>
0009-739X/

© 2020 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de AEC.

Tratamiento quirúrgico del carcinoma medular de tiroides recidivado en un centro con alta incidencia de carcinoma medular asociado al síndrome de MEN



Surgical treatment of recurrent medullary thyroid carcinoma in a hospital with a high incidence of medullary carcinoma associated with MEN syndrome

El carcinoma medular de tiroides (CMT) es un tumor poco frecuente, que en la mayoría de las series es esporádico (más del 75% casos), si bien en las áreas con concentración de pacientes con síndrome de neoplasia endocrina múltiple (MEN) el tumor familiar puede ser más frecuente¹⁻³. En este tumor la cirugía es la única opción de tratamiento con potencial curativo, pero a pesar de una técnica quirúrgica radical adecuada la tasa de recurrencia en este tumor es alta, entre el 30-65%, en la mayoría de las series^{1,4}. En el manejo de la recidiva del CMT la cirugía es el tratamiento más efectivo y el único potencialmente curativo. Sin embargo, no hay consenso sobre cuándo debe iniciarse y cuál es la mejor técnica quirúrgica⁵. Como regla general, en la recidiva localizada la cirugía parece ser más efectiva, mientras que en la enfermedad diseminada el tratamiento de elección es médico paliativo⁵. El

objetivo del presente estudio es evaluar los resultados del tratamiento quirúrgico en el CMT recidivado a nivel cervical.

La población a estudio la constituyen los pacientes con CMT intervenidos en los que se consiguen criterios de curación, y que a lo largo de su seguimiento presentan recidiva tumoral. Se considera que un paciente presenta criterios de curación cuando a los 6 meses del tratamiento presenta ausencia de síntomas y signos de enfermedad, valores de calcitonina (CT) en suero inferiores a 10 pg/ml en 2 determinaciones consecutivas entre el 3^{er} y el 6.º mes tras la intervención; y ausencia de elevación de los niveles de CT tras estímulo con pentagastrina o calcio. Se considera recidiva a aquellos pacientes que, a partir de los 6 meses del tratamiento, y tras cumplir criterios de curación, presentan aumento de los niveles de CT por encima de 10 pg/ml y/o elevación de los