



CARTA AL EDITOR

Hematoma cervical espontáneo con pseudoaneurisma de una rama arterial de la arteria subclavia derecha



Spontaneous cervical hematoma with pseudoaneurysm of an arterial branch of the right subclavian artery

Sr. Editor:

Los pseudoaneurismas son formaciones saculares con flujo sanguíneo en su interior y comunicados con la luz arterial. Cualquier vaso lesionado es susceptible de desarrollar un pseudoaneurisma por pérdida de continuidad de la pared arterial que permite que la sangre vaya disecando tejidos adyacentes. La causa más común de pseudoaneurismas arteriales es el origen iatrogénico tras cateterismo arterial (0,44-1,8%)¹, aunque también el origen inflamatorio, especialmente en arterias viscerales². La localización femoral es la más habitual³, siendo los pseudoaneurismas dependientes de la arteria subclavia una entidad rara⁴⁻⁶, generalmente por punción accidental arterial durante cateterización venosa central^{5,6} y también por traumatismos⁶.

Presentamos el caso de una mujer de 92 años ingresada en Geriatria por dolor intenso en hombro derecho y región cervicotorácica tras el esfuerzo de correr un toldo. En sus antecedentes figuran: hipertensión arterial, diabetes mellitus, fibrilación auricular, síndrome de apnea-hipopnea obstructiva grave con CPAP. En tratamiento con acenocumarol, bisoprolol 2,5, losartán 50, metimazol, furosemida 40, omeprazol y metformina 850. La paciente es independiente en sus actividades básicas (Barthel 100), sin deterioro cognitivo (Pfeiffer 0). Es soltera, vive sola en domicilio y varias sobrinas ejercen supervisión.

En la exploración destaca disnea de reposo, estridor laríngeo y un hematoma doloroso laterocervical derecho que se desvía de la línea media y se extiende hasta la musculatura dorsal. Presenta pulso en la extremidad afectada y se mantiene estable neurológicamente.

Análíticamente destaca una anemia microcítica con hemoglobina de 8,2, actividad de protrombina 35,0%, INR 2,34, urea 87 y creatinina 2,35. La radiografía de tórax muestra un aumento de trama broncovascular. La TC de tórax urgente sin contraste muestra un voluminoso hematoma de 10 × 7 × 18 cm, desde la región laterocervical inferior derecha (nivel C2-C3) y disecando planos de la musculatura retrosómica paravertebral torácica. Se suspende Sintrom, se pauta vitamina K, analgesia, y se hemotrasfunden dos concentrados de hemáties. A las 24 h la paciente presenta empeoramiento clínico y anemización con hemoglobina de 6,3. En la TC de arterias supraaórticas (fig. 1a) persiste el hematoma, identificándose en su interior una imagen ovoide de 21 × 17 mm, sugestiva de pseudoaneurisma dependiente de una rama de la arteria subclavia. Consultamos con radiología intervencionista y se decidió tratamiento percutáneo mediante inyección de 350 unidades de trombina con control ecográfico (fig. 1b), consiguiendo una trombosis completa, que se confirma con un eco-Doppler de control.

Este caso nos parece importante por la alta prevalencia de pacientes geriátricos anticoagulados que pueden presentar este tipo de hematomas espontáneos en cualquier localización, por la baja frecuencia de pseudoaneurismas dependientes de la arteria subclavia³⁻⁵, especialmente en ausencia de antecedentes de cateterización venosa central^{4,5} o traumatismo⁶, y porque ejemplifica la necesidad de un abordaje interdisciplinar para un resultado satisfactorio.

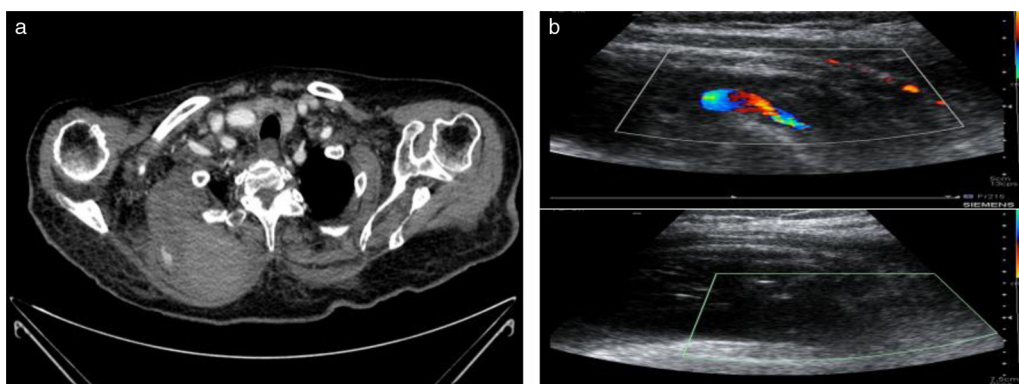


Figura 1. a) TC de cuello y tórax con CIV. Hematoma cervical derecho con imagen sugestiva de pseudoaneurisma dependiente de una rama arterial de la arteria subclavia derecha. b) arriba: eco-Doppler. Imagen de pseudoaneurisma; abajo: eco-Doppler tras tratamiento con trombina. No se aprecia flujo por trombosis completa del pseudoaneurisma.

El diagnóstico de sospecha del pseudoaneurisma es clínico, sobre todo tras un antecedente de acceso vascular^{4,5} o traumatismo⁶, siendo raro el origen espontáneo. La instauración del cuadro puede ser aguda o tardía, presentándose como una masa pulsátil en el cuello o en el hueco supraclavicular, de crecimiento progresivo, que puede asociarse a dolor, soplo o sintomatología derivada de fenómenos de robo^{7,8}. Es preciso un diagnóstico precoz con angio-TC y no demorar su realización, como ocurrió en nuestro caso, para plantear un tratamiento inmediato. Aunque los pequeños pseudoaneurismas pueden trombosarse espontáneamente, la mayoría necesitan tratamientos para evitar complicaciones como infección, tromboembolismos, compresión local neurovascular, rotura y hemorragia. Las medidas terapéuticas deben adaptarse al contexto clínico del paciente⁸ y pueden incluir observación-vigilancia clínica, compresión o inyección de trombina guiada por ultrasonido, intervención endovascular y cirugía abierta.

En pacientes estables con anatomía adecuada la embolización percutánea guiada por ultrasonidos ha ganado popularidad por rapidez, efectividad, seguridad y baja morbilidad, lo que la convierte en una óptima opción como tratamiento definitivo de los pseudoaneurismas^{8,9}. Nuestra paciente evolucionó favorablemente tras este procedimiento, desapareciendo el estridor y la disnea y persistiendo únicamente un leve dolor residual, por lo que descartamos realizar una arteriografía de cara a un posible tratamiento endovascular. En distintas series de pacientes tratados con inyección de trombina guiada por ultrasonido se ha informado de tasas de éxito del 93 al 98,5%⁸. Taylor et al.⁹ demostraron que 300 unidades (rango: 100–600) fueron efectivas y trombosaron el 93% de los pseudoaneurismas tratados. Esta técnica es una alternativa efectiva, tal como demuestra la literatura, frente a otras técnicas más invasivas¹⁰.

Bibliografía

1. Stone PA, Campbell JE, AbuRahma AF. Femoral pseudoaneurysms after percutaneous access. *J Vasc Surg.* 2014;60:1359–66.

2. Medina Velázquez R, Casimiro Pérez JA, Acosta Mérida MA, Marchena Gómez J. Pseudoaneurisma no traumático de la arteria cística como causa de hemobilia. *Gastroenterol Hepatol.* 2018;41:257–9.
3. Gale SS, Scissons RP, Jones L, Salles-Cunha SX. Femoral pseudoaneurysm thrombinjection. *Am J Surg.* 2001;181:379–83.
4. Dwivedi AJ, Cherukupalli C, Dayal R, Krishansastri KV. Endovascular treatment of false aneurysm of the thyrocervical trunk. *Vasc Endovasc Surg.* 2007;41:77–9.
5. Fustero-Aznar JM, Castilla-Carretero JJ, Martín-Herrero EM, Lara-Guerrero MI, Miguel-Sánchez A, Buisán-Bardají JM, et al. Tratamiento endovascular de pseudoaneurisma subclavio iatrogénico. A propósito de un caso. *Angiología.* 2006;58:489–93.
6. Moy JC, Hernandez-Lahoz I, Vidal J, Garcia R. Pseudoaneurisma tardío de la arteria subclavia tras fractura de clavícula. *Técnicas Endovasculares.* 2013;16(edición extra):32–6.
7. Henry JC, Franz RW. Pseudoaneurysms of the peripheral arteries. *Int J Angiol.* 2019;28:20–4.
8. Shah KJ. Treatment of iatrogenic pseudoaneurysms using ultrasound-guided thrombin injection over a 5-year period. *Int J Angiol.* 2011;20:235–42.
9. Taylor BS, Rhee RY, Muluk S, Trachtenberg J, Walters D, Steed DL<ET-AL. Thrombin injection versus compression of femoral artery pseudoaneurysms. *J Vasc Surg.* 1999;30:1052–9.
10. Mishra A, Rao A, Pimpalwar Y. Ultrasound guided percutaneous injection of thrombin: Effective technique for treatment of iatrogenic femoral pseudoaneurysms. *J Clin Diagn Res.* 2017;11:TC04–6.

Nieves Parras García de León^{a,*}, Rosa Muñoz Alonso^b,
Javier Gil Moreno^a y Antonio Pinar Ruiz^c

^a Servicio de Geriátría, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

^b Servicio de Urgencias, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

^c Servicio de Radiología, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nparrasgarciaeleon@gmail.com
(N. Parras García de León).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.03.001>

0211-139X/ © 2020 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Edad y responsabilidades políticas



Age and political responsibilities

Sr. Editor:

El envejecimiento poblacional es una realidad con importantes consecuencias sociales, económicas, culturales y sanitarias¹. Existe abundante literatura acerca del envejecimiento saludable^{2,3} y los factores que precipitan el no saludable⁴. Revistas de alto impacto como *JAMA* publicó en 2011 un estudio en el que se analizaba la esperanza de vida de los presidentes de los EE. UU. comparada con la de personas coetáneas⁵. En 2019 la *American Federation for Ageing Research* (AFAR) publicó una editorial reflexionando sobre qué edad debe tener un candidato a la presidencia de los EE. UU.⁶. En este contexto hemos evaluado, igual que hicieron en el año 2011⁵, si la edad teórica de los jefes de estado españoles es mayor que la de sus conciudadanos, es decir, si envejecen más prematuramente que estos.

Por todo ello, se realizó un estudio retrospectivo incluyendo a los dirigentes de España desde principios del s. XVIII (momento en que se inician los registros de esperanza de vida), excluyendo aquellos fallecidos por causas no naturales. Analizamos las edades de nombramiento y fallecimiento y calculamos la esperanza de vida al tomar posesión de su cargo en función de la de su cohorte de naci-

miento. Al no disponer de dichos datos sobre España, se cotejaron y extrapolaron a los de Francia, cercana y con una esperanza de vida similar⁷, siendo conscientes de los sesgos y limitaciones que esto puede acarrear.

Para inferir la esperanza de vida corregida nos basamos en el estudio realizado por Olshanky⁵, quien adoptó la hipótesis publicada por Roizen en 2009, según la cual un presidente envejece 2 días por cada uno que ejerza su cargo⁸. Así obtuvimos 2 grupos según tuvieran mayor o menor esperanza de vida media respecto a las personas de su época.

La vida media en el momento del nombramiento era de 36 años \pm 17 años, menor que la edad media de los presidentes de EE. UU., diferencia que puede explicarse considerando que los nombramientos de algunos reyes de España se produjeron a edades tempranas. Ninguno falleció por causas no naturales y 2 de ellos viven en la actualidad (tabla 1). La edad media del fallecimiento era de 62 años \pm 17,1. Aplicando la hipótesis descrita previamente⁸, comparamos la edad de fallecimiento con la esperanza de vida corregida como se puede observar en la figura 1. Tras analizar mediante el test de correlación de Pearson, no observamos correlación estadísticamente significativa ($p > 0,05$). La edad media de los fallecidos antes de lo esperado ($n = 7$, un 30% de nuestra muestra) fue de 50,7 años. La media de edad estimada de los sujetos analizados asumiendo el envejecimiento acelerado era de 41 \pm 31 años.