

3. Matsuda M, Gono T, Monta H, Katoh N, Kodaira M, Ikeda S. Peripheral nerve involvement in primary systemic AL amyloidosis: a clinical and electrophysiological study. *Eur J Neurol*. 2011;18:604–10.
4. Van Gameren II, Hazenberg BP, Bijzet J, Van Rijswijk MH. Diagnostic accuracy of subcutaneous abdominal fat tissue aspiration for detecting systemic amyloidosis and its utility in clinical practice. *Arthritis Rheum*. 2006;54:2015–21.
5. Sarkar C, Chand Sharma M, Nayak A, Mercy Ralte A, Gupta V, Singh S, et al. Primary AL (kappa-light chain) amyloidosis manifesting as peripheral neuropathy in a young male without increase in serum and urine immunoglobulin load: a diagnostic challenge. *Clin Neuropathol*. 2005;24:118–25.
6. Davies DR, Smith SE. Pupil abnormality in amyloidosis with outcome neuropathy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1999;67:819–22.
7. Vincent Rajkumar S, Gertz MA, Kyle RA. Prognosis of patients with primary systemic amyloidosis who present with dominant neuropathy. *Am J Med*. 1998;104:232–7.

P.E. Jiménez Caballero

Sección de Neurología, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España

Correo electrónico: pjimenez1010j@yahoo.es

doi:10.1016/j.nrl.2011.10.008

El acceso arterial humeral: una vía alternativa al acceso femoral en el tratamiento endovascular del ictus agudo

Humeral arterial access: an alternative route to the femoral artery in the endovascular treatment of acute stroke

Sr. Editor:

El acceso vascular habitual en los procedimientos endovasculares cerebrales es a través de la arteria femoral. Sin embargo, en ocasiones este acceso no es posible por diversas razones: ateromatosis de arterias femorales, elongación de los troncos supraaórticos o variaciones anatómicas del cayado aórtico¹. La imposibilidad del acceso femoral puede retrasar la terapia endovascular y en algunos protocolos llegar incluso a contraindicarla. Se presentan dos pacientes con ictus isquémico en los que el abordaje braquial fue la única posibilidad para el tratamiento endovascular.

Caso 1: varón de 76 años, diagnosticado de trombosis de la arteria basilar, que llega a la sala de angiografía tras 6 h y 20 min del inicio de la clínica. A los 20 min se consiguió un acceso femoral adecuado. Sin embargo, no fue posible cateterizar la arteria vertebral derecha a pesar de múltiples intentos debido a elongaciones arteriales, siendo la arteria vertebral izquierda hipoplásica. Se procedió entonces a un abordaje transbraquial derecho, lográndose la recanalización basilar a los 33 min postpunción.

Caso 2: varón de 71 años, con antecedentes de arteriopatía periférica y con un ictus isquémico en territorio de la arteria silviana izquierda por oclusión de M1 proximal, de 4 h y 5 min de evolución al llegar a la sala de angiografía. La angiografía del eje aortoiliaco por acceso femoral mostró una estenosis preoclusiva de la arteria iliaca derecha, con oclusión de la iliaca izquierda. A las 4 h y 50 min del inicio, se accedió por vía braquial derecha, recanalizándose la arteria cerebral media en 49 min.

El abordaje transfemoral (técnica de Seldinger) es la vía de acceso estándar en los procedimientos intervencionistas neurovasculares (posibilita usar dispositivos de gran tamaño y una mejor navegabilidad, la dosis de radiación es menor y la tasa de complicaciones trombóticas en la arteria femo-

ral es baja). El abordaje braquial incluye la punción axilar, humeral o radial. La arteria axilar permite utilizar introductores de 8 French, pero tiene un mayor riesgo de hematomas al ser más difícil la hemostasia por compresión. La arteria humeral, aunque permite introductores de hasta 6 French y es de fácil acceso, tiene un alto riesgo de trombosis arterial si el procedimiento es prolongado. La arteria radial permite introductores de hasta 6 French, pero el riesgo de una trombosis arterial llega a ser de hasta el 10%. En los últimos años se han publicado los resultados de series aisladas sobre el abordaje transradial o transbraquial para arteriografía cerebral diagnóstica², así como *stenting* en estenosis de la circulación anterior y posterior^{3,4}. El acceso radial o braquial elimina el riesgo de hemorragia retroperitoneal, permite la deambulación precoz del paciente y es la alternativa cuando la tortuosidad del vaso hace difícil o imposibilita alcanzar la arteria vertebral a través de la vía femoral. Sin embargo, en el tratamiento endovascular del ictus agudo actual, el menor diámetro de la arteria braquial limita el diámetro del introductor apropiado para el uso habitual de catéteres guía con balón de oclusión transitoria de 7 u 8 French, necesarios para la aspiración con trombectomía, y dispositivos que precisan catéteres de mayor luz interna. También otros factores, como la menor experiencia y la mayor complejidad en el abordaje, que a su vez puede suponer una mayor duración del procedimiento, limitan actualmente el uso del acceso braquial como primera elección en el intervencionismo del ictus agudo. Sin embargo, no existen ensayos clínicos controlados que hayan comparado la eficacia y la seguridad de los distintos tipos de abordaje, y el diseño de nuevos dispositivos podría cambiar esta situación.

Recientemente se han publicado dos amplios metaanálisis que comparan el acceso transradial y transfemoral en intervencionismo coronario^{5,6}. Aunque con la vía transradial apenas existen complicaciones locales, la tasa de procedimientos fallidos resulta significativamente mayor que al emplear la vía transfemoral (7,2% versus 2,4%), ya sea por dificultad en la canalización de la arteria radial o en la manipulación ulterior del catéter⁵.

El tratamiento endovascular en la fase aguda del ictus puede verse retrasado o no llegar a efectuarse cuando el abordaje vascular habitual por vía femoral no posibilita (oclusión aortoiliaca, elongación vascular severa) acceder a la arteria cerebral trombada. En estos casos, el abor-

daje por vía braquial es una alternativa que debe tenerse en cuenta, y que compensa el potencial retraso en iniciar un tratamiento urgente *per se*. Está demostrado que el «tiempo es cerebro» y a menudo los procedimientos intervencionistas neurovasculares se manejan en ventanas terapéuticas muy cortas. La arteriosclerosis, además, es una enfermedad generalizada, y no es infrecuente que los pacientes con ictus isquémico presenten arteriopatía periférica⁷.

En los pacientes presentados no fue posible el abordaje femoral por elongación arterial o por arteriopatía periférica severa, lo que supuso un retraso de la terapia endovascular; en ellos, el abordaje braquial permitió un rápido acceso al tratamiento. La creciente realización de procedimientos endovasculares en la fase aguda del ictus y la necesidad de instaurar el tratamiento con la mayor precocidad hacen aconsejable la optimización de todas las medidas posibles destinadas a evitar retrasos en la consecución del tratamiento, siendo la vía de acceso vascular un factor importante que debe tenerse en cuenta y que debe evaluarse en futuros estudios.

Bibliografía

1. Katz JM, Gobin PY, Riina HA. Techniques and devices in interventional neuroradiology. En: Hurst RW, Rosenwasser RH, editores. *Interventional neuroradiology*. Nueva York: Informa Healthcare; 2008. p. 161–81.
2. Levy EI, Boulos AS, Fessler RD, Bendok BR, Ringer AK, Kim SH, et al. Transradial cerebral angiography: an alternative route. *Neurosurgery*. 2002;51:335–40.
3. Tietke MW, Ulmer S, Riedel C, Jansen O. Carotid artery stenting via transbrachial approach. *Rofo*. 2008;180:988–93.
4. Patel T, Shah S, Malhotra H, Radadia R, Shah L, Shah S. Transradial approach for stenting of vertebrobasilar stenosis: a feasibility study. *Catheter Cardiovasc Interv*. 2009;74:925–31.
5. Agostoni P, Biondi-Zoccai GG, De Benedictis ML, Rigattieri S, Turri M, Anselmi M, et al. Radial versus femoral approach for percutaneous coronary diagnostic and interventional procedures; systematic overview and meta-analysis of randomized trials. *J Am Coll Cardiol*. 2004;44:349–56.
6. Jolly SS, Amlani S, Hamon M, Yusuf S, Mehta SR. Radial versus femoral access for coronary angiography or intervention and the impact on major bleeding and ischemic events: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Am Heart J*. 2009;157:132–40.
7. Álvarez-Sabín J, Gil-Núñez A, Quintana M, Barbera G. Prevalence of asymptomatic peripheral artery disease in patients with non-cardioembolic ischemic stroke. *Neurología*. 2009;24:366–72.

J.A. Matias-Guiu^{a,*}, C. Serna-Candel^a, A. Gil^b
y L. Lopez-Ibor^b

^a Servicio de Neurología, Unidad de Ictus y Unidad de Neurorradiología Intervencionista, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

^b Unidad de Neurorradiología Intervencionista, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jordimatiassguiu@hotmail.com
(J.A. Matias-Guiu).

doi:10.1016/j.nrl.2011.07.004

Esclerodermia lineal en golpe de sable y epilepsia. A propósito de un caso infantil

Linear scleroderma en coup de sabre and epilepsy: Presentation of a case in a child

Sr. Editor:

La esclerodermia localizada (EL) es una rara enfermedad autoinmunitaria que cursa con afectación primaria de la piel y, ocasionalmente, involucra al tejido graso, muscular y óseo subyacente¹. La prevalencia estimada de esta enfermedad es de menos de 3 casos por 100.000 habitantes².

La EL afecta casi exclusivamente a la piel y, con algunas excepciones, no afecta a los órganos internos. Se clasifica en 5 subtipos: morfea circunscrita, esclerodermia lineal, morfea generalizada, morfea panesclerótica y un subtipo mixto³.

La esclerodermia lineal en *coup de sabre* (ELCS) es un término descriptivo que indica la existencia de una EL en el área frontoparietal de la cara y el cuero cabelludo. Es una forma infrecuente de EL que se presenta fundamentalmente en pacientes pediátricos, en los cuales pueden apreciarse con relativa frecuencia síntomas neurológicos, fundamentalmente epilepsia^{2,4}.

Niño de 7 años de edad, con antecedentes de salud hasta los 20 meses de edad cuando comenzó a presentar lesiones hiperpigmentadas en la hemicara izquierda (frente y nariz), con atrofia progresiva de la piel y tejidos subyacentes de dichas regiones. Basados en el cuadro clínico, con signos



Figura 1 Foto del paciente donde se observa lesión típica en «golpe de sable» frontoparietal izquierda.