

corioamnionitis. Se practicó una cesárea con carácter urgente. A los 4 días, la paciente presentó dolor abdominal y fiebre. La tomografía computarizada sólo demostró trombosis de la vena ovárica derecha. Se instituyó de inmediato un tratamiento anticoagulante y antibioterapia. El examen con eco-Doppler, efectuado 3 días más tarde, reveló un trombo en la vena cava inferior que flotaba libremente y alcanzaba la confluencia de las venas hepáticas a pesar de la instauración de anticoagulación a dosis plenas. Por este motivo, se efectuó trombectomía de urgencia por laparotomía, y el trombo se extrajo mediante abordaje en la cava durante el clampaje suprahepático de la vena cava inferior. La paciente se restableció rápidamente de la intervención quirúrgica y fue dada de alta el décimo día postoperatorio.

DOI: 10.1016/j.acvsp.2009.03.004

DOI of original article: 10.1016/j.avsg.2009.03.012.

Uso del dispositivo Starclose para el cierre de punciones accidentales de la arteria subclavia

Victor Tran, Alexander Shiferson, Anil P. Hingorani, Enrico Ascher, Natalie Marks, Kapil Gopal, Nirav Patel y Theresa Jacob, Brooklyn, Nueva York, Estados Unidos

Division of Vascular Surgery, Maimonides Medical Center, Brooklyn, NY, EE. UU.

Objetivo: La inserción de catéteres centrales es un procedimiento habitual. También se asocia con múltiples complicaciones conocidas. Una de las potenciales que entraña una elevada morbilidad y mortalidad es la punción y canulación arterial. En el presente artículo, describimos cinco casos clínicos de inserción de una línea central que accidentalmente se implantó en la arteria subclavia y se extrajo satisfactoriamente usando el dispositivo Starclose (Abbott Laboratories, Redwood, Estados Unidos).

Métodos/resultados: Se efectuó una revisión retrospectiva de las historias clínicas de una base de datos mantenida prospectivamente. Identificamos cinco casos de canulación accidental de la arteria subclavia durante la inserción de un catéter venoso central. Todos se extrajeron satisfactoriamente en el quirófano con guía fluoroscópica o a la cabecera del paciente con el cierre de la arteriotomía usando el dispositivo Starclose. Ningún caso requirió la conversión a cirugía abierta. No se identificaron hematomas, episodios de sangrado, infartos de miocardio, arritmias o secuelas clínicas adversas tras la extracción.

Discusión. En función de nuestra experiencia limitada, consideramos que este dispositivo puede usarse sin riesgos y de forma inmediata, no sólo en el quirófano sino también a la cabecera del paciente.

DOI: 10.1016/j.acvsp.2009.06.002

DOI of original article: 10.1016/j.avsg.2009.06.005.

Dos variaciones anatómicas de la arteria vertebral en cuatro pacientes

Meixiong Cheng¹, Xiaodong Xie², Chaohua Wang², Chao You², Boyong Mao², Min He² y Changwei Zhang¹, Chengdu, China

¹Department of Radiology, West China Hospital of Sichuan University, Sichuan, China. ²Department of Neurosurgery, West China Hospital of Sichuan University, Sichuan, China.

En este artículo, presentamos cuatro casos de anomalías poco frecuentes del cayado aórtico y de las arterias vertebrales y describimos las posibles etiologías embriológicas. Se incluyen dos casos en los que la arteria vertebral derecha se originaba a partir de la arteria carótida común derecha con una arteria subclavia derecha aberrante, originada a partir de la parte media del cayado, y dos casos en los que la arteria vertebral izquierda tenía un doble origen a partir de la arteria subclavia izquierda y el cayado aórtico.

DOI: 10.1016/j.acvsp.2009.06.003

DOI of original article: 10.1016/j.avsg.2009.06.007.

Bypass axilar-aortobilateral para el tratamiento de la isquemia cerebral crítica debida a una arteritis de Takayasu

Bin Zhang, Zhong-gao Wang, Ying Huang, Yong-quan Gu, Heng-xi Yu, Bing Chen y Jian Zhang, Beijing, China

Department of Vascular Surgery, Xuan Wu Hospital, Capital Medical University, Beijing, China.

La isquemia cerebral como consecuencia de oclusión de los troncos supra-aórticos por arteritis de Takayasu es un proceso excepcional. El *bypass* arterial aorto-carótida interna bilateral es un medio de tratarla. No obstante, el síndrome de reperfusión postoperatorio sigue siendo una complicación grave no resuelta e incluso mortal. El caso clínico descrito pone de relieve nuevos hallazgos. La paciente presentó un infarto cerebral masivo en el hemisferio cerebral izquierdo, cuatro lesiones arteriales cervicales y un síndrome del robo de la subclavia bilateral. El *bypass* desde aorta ascendente a arteria axilar bilateral reanudó el flujo sanguíneo vertebral y, como consecuencia, la paciente presentó una mejora espectacular. A diferencia del *bypass* aorta ascendente-carótida, que aumenta directamente la perfusión cerebral, en nuestro procedimiento se obtiene indirectamente a través de la arteria axilar. Por lo tanto, hay razones firmes para recomendar este *bypass* aorta ascendente-biaxilar en pacientes con isquemia cerebral debida a lesiones de las cuatro arterias cervicales, acompañada de un fenómeno del robo de la subclavia bilateral que ha invertido el flujo vertebral.

DOI: 10.1016/j.acvsp.2009.06.004

DOI of original article: 10.1016/j.avsg.2009.06.009.