

Paciente masculino de 50 años que presenta accidente isquémico transitorio a repetición

Male patient aged 50 years, with transient ischemic disease on repetition

Presenta el caso el Profesor Rubén Moro Rodríguez



Prof. Rubén Moro Rodríguez
Servicio de Angiología y Cirugía Vascular,
Cardiocentro "Ernesto Guevara de la Serna"
Santa Clara, Cuba.

Otros especialistas del citado Cardiocentro que participaron en la atención del caso que se presenta, son los doctores Luis Reinerio Rodríguez Delgado y José Luis Valdés Cantero.

Presentación del caso

Paciente masculino de 50 años de edad con antecedentes de revascularización fémoro- poplítea del miembro inferior izquierdo (MII) hace 5 años.

Exfumador, operado de carcinoma de las cuerdas vocales hace 10 años por lo que recibió tratamiento complementario con radioterapia. Asintomático en la actualidad.

Hace un año comenzó con crisis de accidente vascular transitorio (ATI) a repetición que han dejado como secuela síndrome parestésico del hemicuerpo derecho.

Complementarios

Analítica sanguínea: dentro de límites de la normalidad.

Índice neutrófilo/linfocito: 3.73.

Electrocardiograma (EKG): normal.

Ecocardiograma: discreta disfunción sisto-diastólica. Frecuencia de eyección de ventrículo izquierdo (FEVI) de 61 %. Válvulas normales.

Pruebas funcionales respiratorias: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica ligera.

Calcio Score: Total de lesiones 3. Valor 158.

Ultrasonografía carotídea: lesiones estenóticas por placas de ateroma heterogéneas, irregulares, inestables.

Estenosis de 75 % para la carótida interna izquierda (CII) y 40 para la carótida común derecha (CCD) y bulbo.

Índices hemodinámicos: flujo de (CII) muy disminuido y aumento de velocidad media para el eje derecho.

Se realiza angiotomografía computarizada (AngioTC) de vasos extra- e intracraneales que se adjuntan (Figs. 1, 2, 3 y 4).



Fig. 1. Estenosis significativa del bulbo e inicio de CII. En la CCD estenosis no significativa. Cardiocentro Villa Clara.



Fig. 2. Se aprecian ambas estenosis y el resto de las CI sin lesiones. Cardiocentro Villa Clara.



Fig. 3. Se visualizan los troncos supra-aórticos, ambos ejes carotídeos, lesiones descritas y la entrada de las CI al polígono. Cardiocentro Villa Clara.

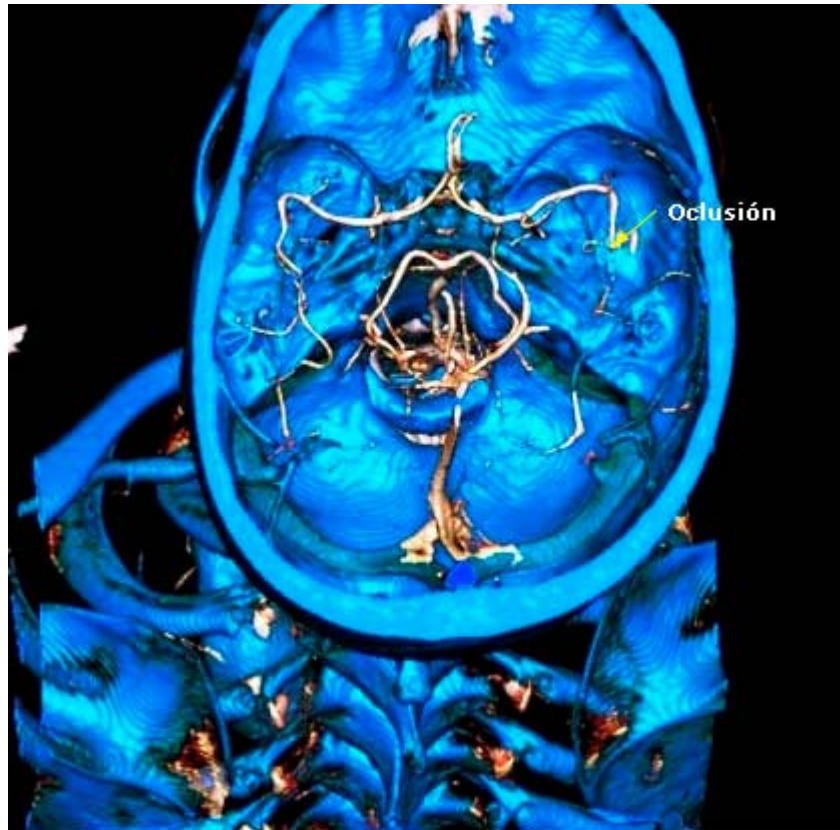


Fig. 4. Vista del Polígono de Willis. Se destaca el sitio de la oclusión intracerebral. Cardiocentro Villa Clara.

¿Qué recomiendan los colegas?

Carlos Alberto del Risco

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular

Hospital Provincial "Manuel Ascunce Domenech"

Camagüey. Cuba

cdelrisco.cmw@infomed.sld.cu

Hola colegas

Si el paciente no tiene una formal y absoluta contraindicación para la cirugía, teniendo en cuenta los datos que se hacen explícitos en la presentación y las imágenes que la acompañan, es tributario de revascularización carotídea, preferiblemente por vía endovascular. El pronóstico después de un tratamiento conservador es desfavorable.

Desde luego después de operado debe volverse a la prevención de su arteriopatía. Ya fue revascularizado en los miembros inferiores y por inobservancia de la prevención secundaria, *tal vez por causa del mismo paciente*, ya tiene otra crisis aterosclerótica.

Estimo que la radioterapia del cuello contribuyó al estado lesional actual.

Saludos para todos.

CDR

Dr. Alejandro Hernández Seara

Instituto Nacional de Angiología y Cirugía Vascular (INACV)

Ciudad de La Habana. Cuba

alexhz@infomed.sld.cu

Saludos Profesor Yara y todos los colegas

Considero que es un caso ideal para revascularización carotídea, de mi preferencia

endarteriectomía por eversión de carótida izquierda, aun estando el cuello irradiado me parece la mejor opción, pero como hemos dicho otras veces, los procedimientos de revascularización carotídea no compiten entre sí, se complementan, así que en dependencia de la experiencia del servicio puede ser cualquier otro.

Solo faltaría definir con una tomografía axial computarizada (TAC) simple de cráneo las características del infarto cerebral que ya clínicamente tiene para descartar hemorragia y para que sirva de patrón comparativo por si se tiene un evento adverso posquirúrgico.

Alejandro

Prof. Rafael Delgado Daza

Hospital Universitari Mútua de Terrassa. Terrassa.

Barcelona. España

rdelgado@mutuaterrassa.es

Buenos días compañeros

Parece se trata de un paciente con arteriosclerosis evolucionada que ahora presenta síntomas compatibles con embolias en hemisferio cerebral izquierdo. Conviene completar estudio de parénquima para poder realizar comparaciones posteriores.

Parece ser que el estudio con eco doppler muestra estenosis en torno al 75 % con placas irregulares. No se informa de la velocidad. Según protocolo de nuestro servicio sería un paciente sintomático con estenosis superior al 75 % y sería quirúrgico excepto por contraindicación severa anestésica. De entrada podría tratarse por endarteriectomía, sobre la que tenemos preferencia, pero tratándose

de un cuello irradiado y no existiendo, aparentemente, dificultades anatómicas extraordinarias, nuestro criterio sería el tratamiento endovascular.

Por supuesto manteniendo doble antiagregación durante unos tres meses y control de factores de riesgo así como dosis elevadas de estatinas.

Atentamente.

Dr. Rafael Delgado Daza

Dr. Osvaldo Eliseo Musenden

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular

Hospital Hermanos Ameijeiras.

Ciudad de La Habana. Cuba

osvaldo.eliseo@infomed.sld.cu

Buenos días profesor Yara y para el resto de los colegas.

Coincido que estamos ante un enfermo elegible para una endarteriectomía carotídea como primera elección. Es cierto que debe completarse con una tomografía simple de cráneo. Hago una observación puntual acerca de calcio score, cuyos valores son compatibles con una alta probabilidad de enfermedad de dos vasos, lo cual es indicativo de que este enfermo sea candidato a realizársele una coronariografía previa con finalidad diagnóstica y terapéutica y estaríamos disminuyendo la posibilidad de un evento isquémico miocárdico perioperatorio.

Muchas gracias.

Dr. Osvaldo Eliseo

Dr. Juan Enrique Yara Sánchez

Fórum cubano de Angiología y Cirugía Vascular.

angiocuba@yahoo.com

Queridos colegas:

Me han parecido muy buenas todas las opiniones que en esencia se parecen, al tiempo que se complementan con detalles particulares a tener en cuenta. Como aprecio, todos estamos de acuerdo, sin lugar a dudas, que es necesaria la revascularización y algunos advierten la dificultad adicional que supone la irradiación previa del cuello, por lo que un proceder endovascular debería ser la primera opción siempre que esté disponible. Claro que la vía y el proceder, siempre dependerá de la experiencia y

preferencias de cada uno, así como de las posibilidades del centro.

De la misma manera hay consenso que el enfermo, quien ya recibió hace 5 años, un by-pass fémoro-poplíteo izquierdo, no superó las medidas de prevención y ahora el parecer general es la necesidad el estudio de otros lechos vasculares, como cerebro y corazón, para antecedernos a eventos perioperatorios al suponerlos, con mucha lógica, igualmente enfermos. La particular precisión del Prof. Delgado Daza, desde la comunidad de Cataluña, en España, sobre la doble antiagregación plaquetaria en el

postoperatorio, resulta muy valiosa y oportuna, así como el uso de estatinas.

Todos enfatizamos la necesidad impostergable del control de sus factores de riesgo.

Agradecemos las excelentes opiniones de los colegas que han contribuido en esta discusión y esperamos que el Dr. Moro y su colectivo, nos mantengan al tanto de la decisión que tomen y los resultados obtenidos.

Un abrazo agradecido, Yara.

Dr. Rubén Moro Rodríguez

Buenos Días, Profesor Yara

Nos complace la participación de los colegas en la discusión acerca del caso en cuestión. Tenemos algunas consideraciones:

Por norma siempre hacemos calcio score a todos los casos que van a ser revascularizados a cualquier nivel, pero antes de decidir la coronariografía indicamos tomografía axial computarizada de coronarias (corotac). Recordar que los valores de calcio score nos informan de la posibilidad de enfermedad coronaria, ya que la existencia de calcio no en todas las ocasiones nos dan alteraciones del flujo o manifestación de enfermedad arterial coronaria (EAC) sintomática o no.

Aquí tenemos establecido la secuencia de calcio score, corotac y después coronariografía, y decidir entonces la prioridad de la revascularización como bien señalas y el profesor Dr. Alejandro también, la elección de la técnica quirúrgica a realizar en las tromboendarteriectomías (TET) carotideas depende de los resultados y la experiencia del grupo. El nuestro en las últimas 200 realizadas no hemos utilizado la TET por eversión, sino, extirpar la placa de ateroma y el cierre directo sin parches y hasta ahora los resultados son muy buenos.

En relación con el estudio del cerebro, se realizan estudios de angiotc y estos están acompañados de estudios de perfusión cerebral, así como de doppler transcraneal y la discusión de todos los casos con el servicio de neurología.

Por motivos de espacio no enviamos las vistas.

La utilización de los métodos endoprotésicos por el momento no está a nuestro alcance. Tenemos además establecido la doble antiagregación como terapia de seguimiento en todas las revascularizaciones, acompañadas o no de otras medidas de educación al paciente, erradicación de factores de riesgos y utilización de anticoagulación cuando así se requiera.

Agradecidos a todos los colegas por su aporte a la discusión del caso, el cual ya fue operado y evoluciona satisfactoriamente.

INFORME OPERATORIO:

Les informo que el caso fue operado y comprobamos la existencia de la placa en carótida interna izquierda (CII), la cual fue extirpada sin contratiempo. En este caso lo importante de los comentarios es el hecho que está irradiado en el cuello por el antecedente del cáncer de la laringe y la disección fue algo dificultosa, no obstante el tiempo de clampeo solo fue de 15 minutos y el total de 1 hora. Solo utilizamos la anticoagulación transoperatoria al 50 % y no revertimos. Dejamos drenaje por 24 horas y lo seguimos con antiagregación doble.

Un abrazo. Dr. Moro

Santa Clara, Cuba. 20 de marzo de 2017.

Fecha de recibido: 20 de marzo de 2017.

Fecha de aceptado: 16 de abril de 2017.