CONGRESO SIDI 2024

20-22 noviembre
Viña del Mar, Chile

Pseudoaneurisma gigante de la arteria subclavia. Reporte de caso en paciente pediátrico.

Dra. Claudia Moya Ochoa

Dr. Eduardo Bravo Rius

Radiólogos Intervencionistas HLCM

Dr. Leonardo Álvarez Aros

Becado Radiología UChile

Hospital de Niños
Dr. Luis Calvo Mackenna
Hospital Autogestionado de Alta Complejidad Fundado en 1942

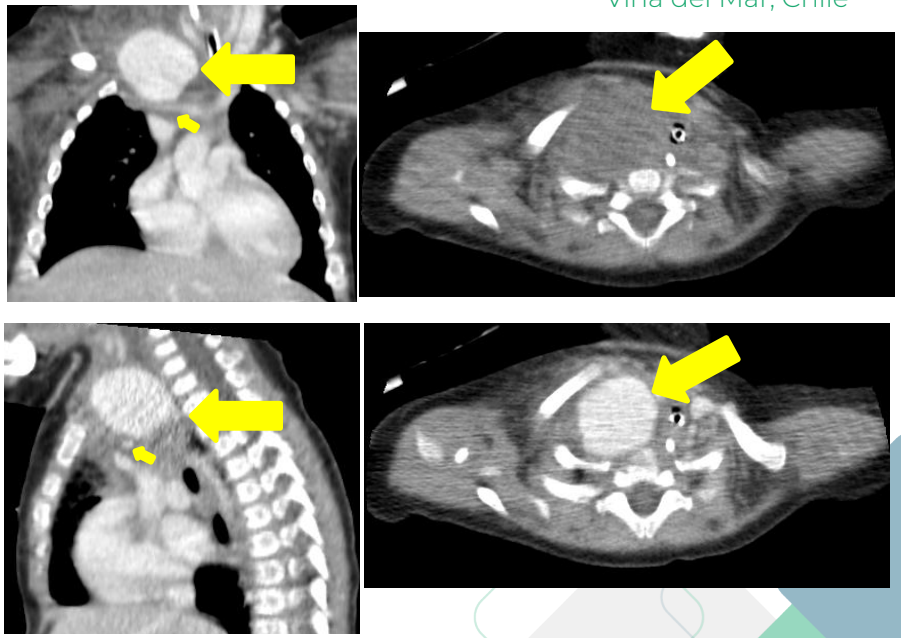
Historia clínica

- Niño nacido en hospital del sur de Chile, RNT 38s, con atresia de colon operada al 5to día de vida, hospitalización prolongada.

- CVC instalado post primera cirugía. No hay antecedentes de su retiro.

- Cuadro actual (4 meses, 6 Kg):
  - Neumonía grave de evolución tórpida, PCR recuperado a los 8 minutos.
  - Sospecha masa torácica post PCR.

- AngioTC: Masa supraclavicular y mediastínica derecha que desplaza vía aérea y estructuras mediastínicas.
  Sospecha de pseudoaneurisma subclavio derecho.



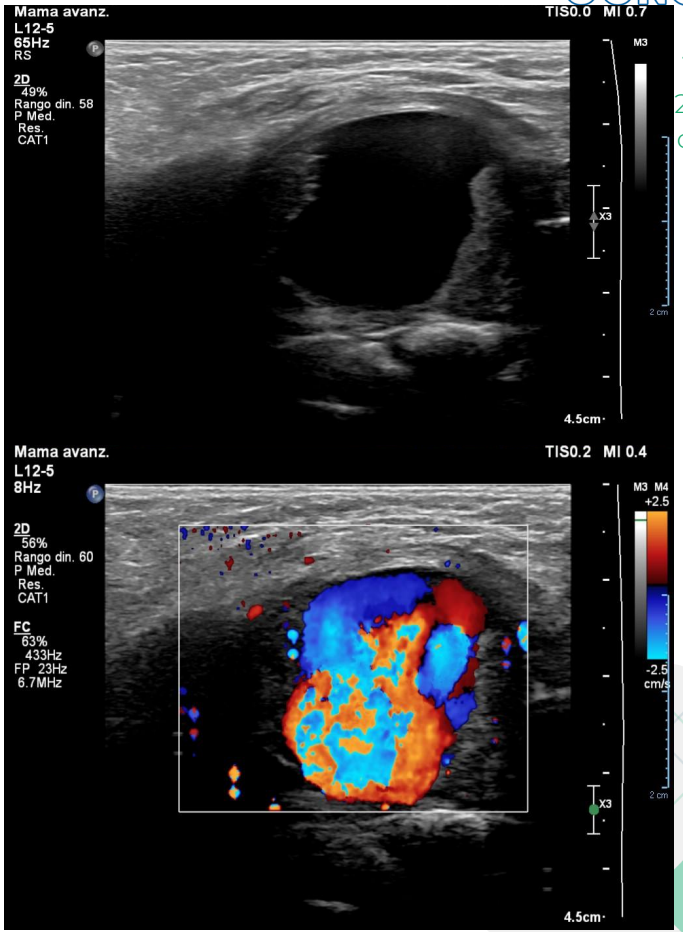
- Se traslada a nuestro centro para manejo.

Historia clínica

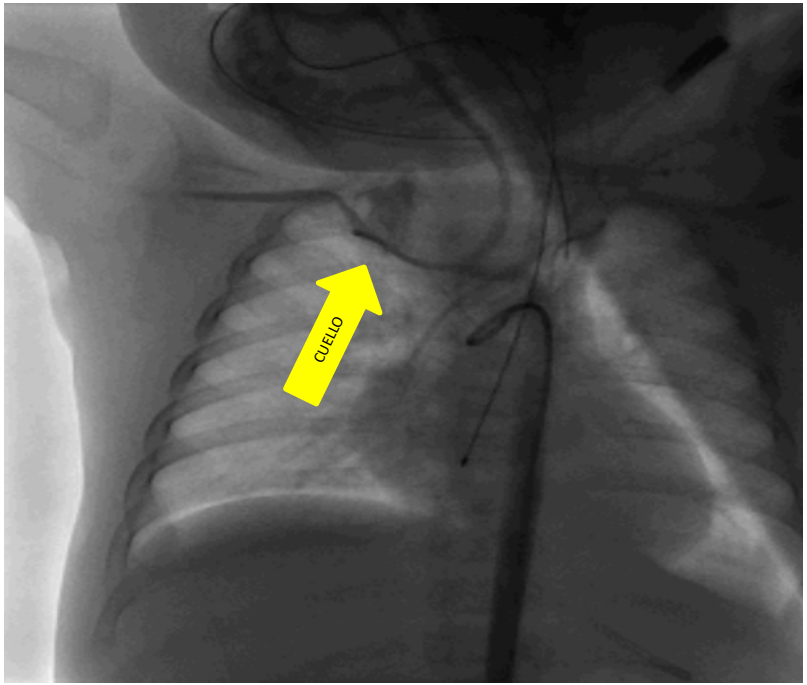
- Ecografía en nuestro centro pre-procedimiento demuestra un gran saco pseudoaneurismático con clásico signo del ying-yang de un tamaño aproximado de 3 cm.

- No se logra identificar cuello del saco por este método, ni tampoco identificar arteria subclavia subyacente.

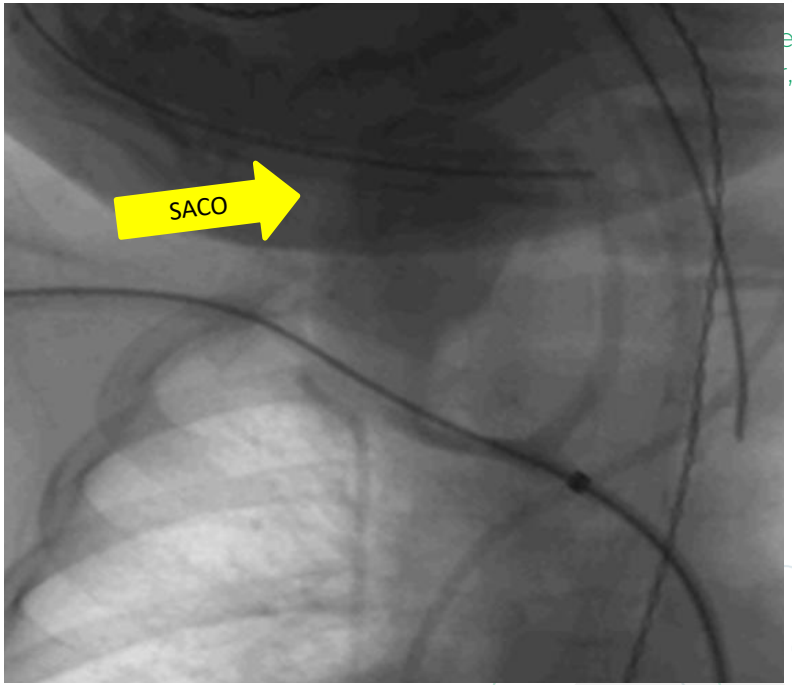
- Dado su gran tamaño con compresión de vía aérea, se decide de forma multidisciplinaria, en un primer tiempo, tratamiento endovascular con instalación de stent cubierto.



Procedimiento



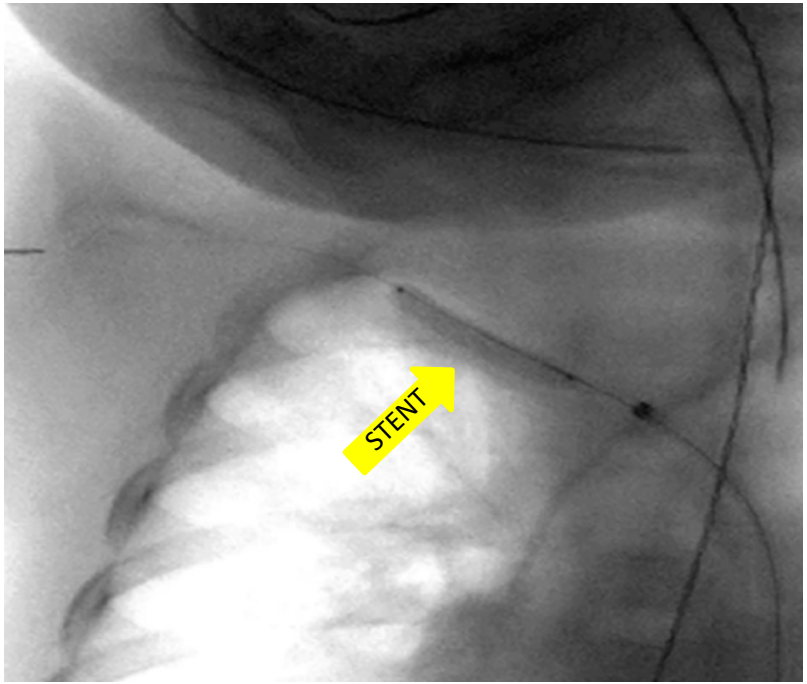
- Punción AFC derecha. Aortografía con Pigtail 4 Fr.
- Se canula tronco arterial braquicefálico derecho con catéter non taper angled 4F.



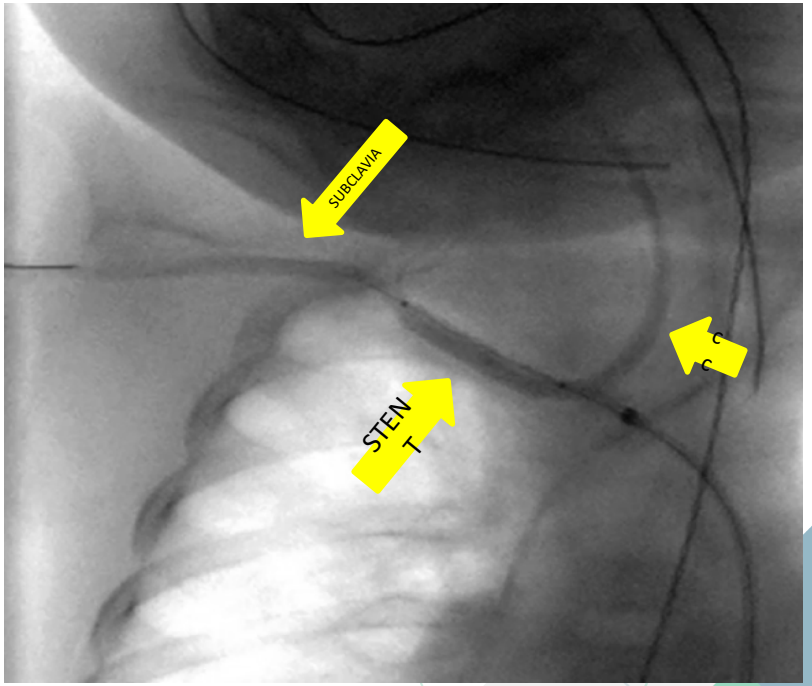
Angiografía selectiva demuestra:
- Diámetro arteria subclavia de 3,5 mm.
- Pseudoaneurisma con saco de 30mm y cuello > de 3mm

Se instala vaina Raabe 4F vía femoral.
Microcatéter Progreat 2.4 y microguía BMW se avanza por arteria subclavia y se deja guía en arteria braquial

Procedimiento

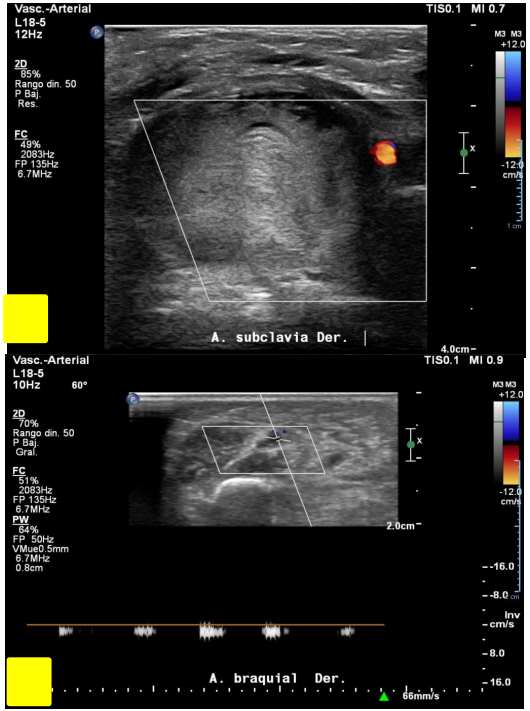


- Se avanza stent cubierto BeGraft® de 3.5mm x 18mm desplegado 3 mm distal al origen de la arteria carótida común derecha.

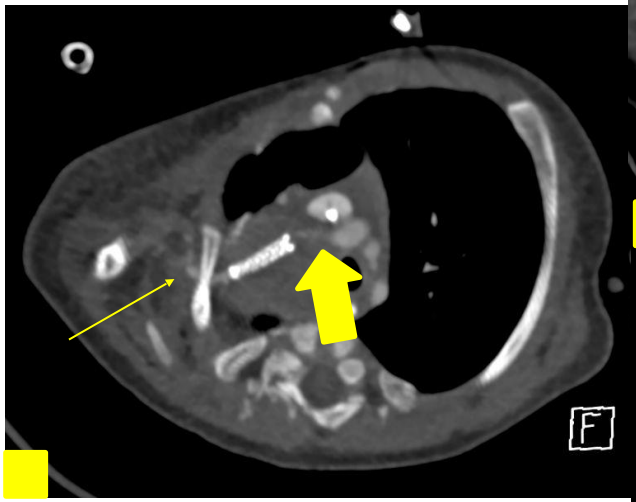


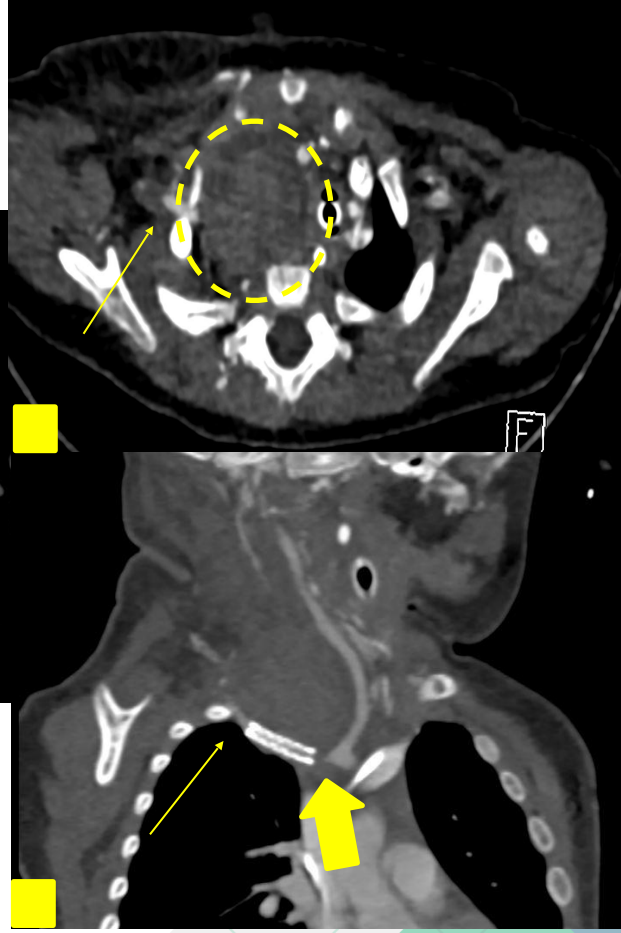
- Exclusión vascular del pseudoaneurisma y permeabilidad de la arteria subclavia y carótida común derecha.
- Sale de pabellón heparinizado con bomba de infusión contínua de heparina sódica.

Control y evolución post- exclusión endovascular



Ecografía Doppler de control a las 24 horas por extremidad con cianosis distal.
(A) Trombosis completa del saco pseudoaneurismático.
(B) Trombosis/disección de arteria braquial re permeabilizada a distal por colaterales.





AngioTC a la semana para planificación quirúrgica de drenaje del saco pseudoaneurismático.
(C) Saco pseudoaneurismàtico trombosado con sublavia permeable
(D) Trombosis intrastent repermeabilizada por colaterales (axial)
(E) Trombosis intrastent repermeabilizada por colaterales (coronal)

Discusión

CONGRESO SIDI 2024
20-22 noviembre
Viña del Mar, Chile

- El pseudoaneurisma de la arteria subclavia es una entidad poco frecuente, siendo la causa más probable, en nuestro caso, de origen iatrogénico por posible instalación de CVC durante PCR en su centro de origen.

- No existen reportes de caso similares en menores de 18 meses.

- En pacientes así de pequeños, existe dificultad técnica para la exclusión del pseudoaneurisma vía quirúrgica, requiriendo ligadura de la arteria subclavia para control vascular con riesgo de rotura intrapabellón y daño de otros troncos supra aórticos, decidiéndose manejo endovascular inicial.

- La decisión de exclusión con stent se realizó en base al cuello ancho del pseudoaneurisma, teniendo en consideración que para el calibre de la arteria subclavia con el crecimiento, será insuficiente.

Discusión

CONGRESO SIDI 2024
20-22 noviembre
Viña del Mar, Chile

- Si bien la exclusión endovascular fue exitosa desde el punto de vista técnico y paciente salió anticoagulado post pabellón, stent demostró trombosis en angioTC de control. No se realizó manejo de trombosis intrastent dado repermeabilización por colaterales.

- Se decidió no anti agregar dado su bajo peso, necesidad de trombosar el saco y cirugía en próximos días para vaciamiento posterior, lo que puede haber jugado un rol en la trombosis precoz del stent.

- Dentro de las alternativas a considerar, se podría anti agregar con uso de stent o bien realizar manejo combinado vía endovascular, excluyendo el cuello con balón e inyectando trombina vía percutánea.

CONGRESO SIDI 2024

20-22 noviembre
Viña del Mar, Chile

Pseudoaneurisma gigante de la arteria subclavia. Reporte de caso en paciente pediátrico.

Dra. Claudia Moya Ochoa

Dr. Eduardo Bravo Rius

Radiólogos Intervencionistas HLCM

Dr. Leonardo Álvarez Aros

Becado Radiología UChile

Hospital de Niños
Dr. Luis Calvo Mackenna
Hospital Autogestionado de Alta Complejidad Fundado en 1942