

**TROMBECTOMIA MECANICA
TECNICA COMBINADA CON
AXS CATALYST 5 + TREVO NXT
4X35**

Carlos Pérez García

Sección de Neuroradiología Intervencionista del Hospital Universitario Clínico San Carlos

Trombectomía mecánica: Técnica combinada con AXS Catalyst 5 + Trevo NXT 4x35.

Datos clínicos:

- Mujer de 72 años con sin antecedentes relevantes. Independiente funcional (mRS = 0), sin medicación activa.
- Último basal desconocido, ictus del despertar.
- Acude al hospital con clínica de ictus hemisférico derecho, NIHSS = 14.
- Se realiza TC y angio-TC dónde se demuestra un ASPECTS de 10, una hiperdensidad espontánea en la cisterna Ambiens derecha y una oclusión de ACI proximal derecha y del segmento P2 de la ACP derecha.

Trombectomía mecánica: Técnica combinada con AXS Catalyst 5 + Trevo NXT 4x35.

Tratamiento:

- Se cateteriza la arteria carótida común derecha con catéter guía balón FlowGate2.
- Se observa una oclusión en ACI derecha, con morfología en pico, sospechoso de disección carotídea.
- Se cateterizan la arteria carótida común izquierda y arteria vertebral izquierda. Ambas ACM se encuentran permeables. Pero se identifica una oclusión de ACP segmento P2 derecho con segmento P1 hipoplásico.
- Dado que el segmento P1 derecho es hipoplásico se decide ir a por el trombo desde la ACI derecha a través de la comunicante posterior. Para evitar embolismos a territorio anterior decidimos intento de técnica combinada.
- Puesto que la ACP no presenta un calibre importante, elegimos como catéter de aspiración el AXS Catalyst 5.

Trombectomía mecánica: Técnica combinada con AXS Catalyst 5 + Trevo NXT 4x35.

Tratamiento:

- Mediante un cateterismo triaxial con Cat 5 y microcatéter Trevo Trak 21 se consigue alcanzar el margen proximal del trombo, atravesándolo con la microguía y el microcatéter.
- Se despliega el Trevo NXT 4x35 y se avanza el Cat 5 hasta el extremo proximal del trombo. Conectamos el Cat 5 al sistema de aspiración de Medela.
- Hinchamos el balón del FlowGate2 y conectamos jeringa de aspiración Vac-Lock.
- Tras esperar dos minutos retiramos lentamente el Cat 5 y el Trevo NXT en conjunto.
- Las imágenes angiográficas finales demuestran una apertura completa de ramas de la ACP derecha (TICI 3). Dado que la paciente mejora en sala se decide no colocar stent en ACI proximal, sólo protocolo de antiagregación.

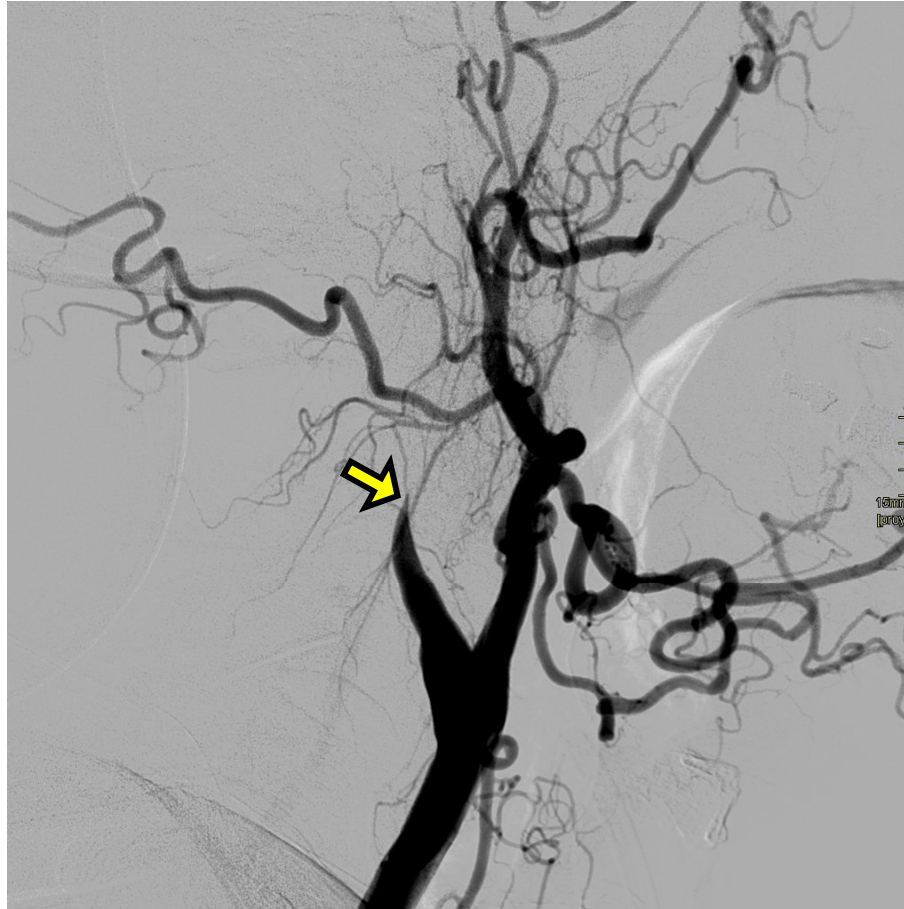
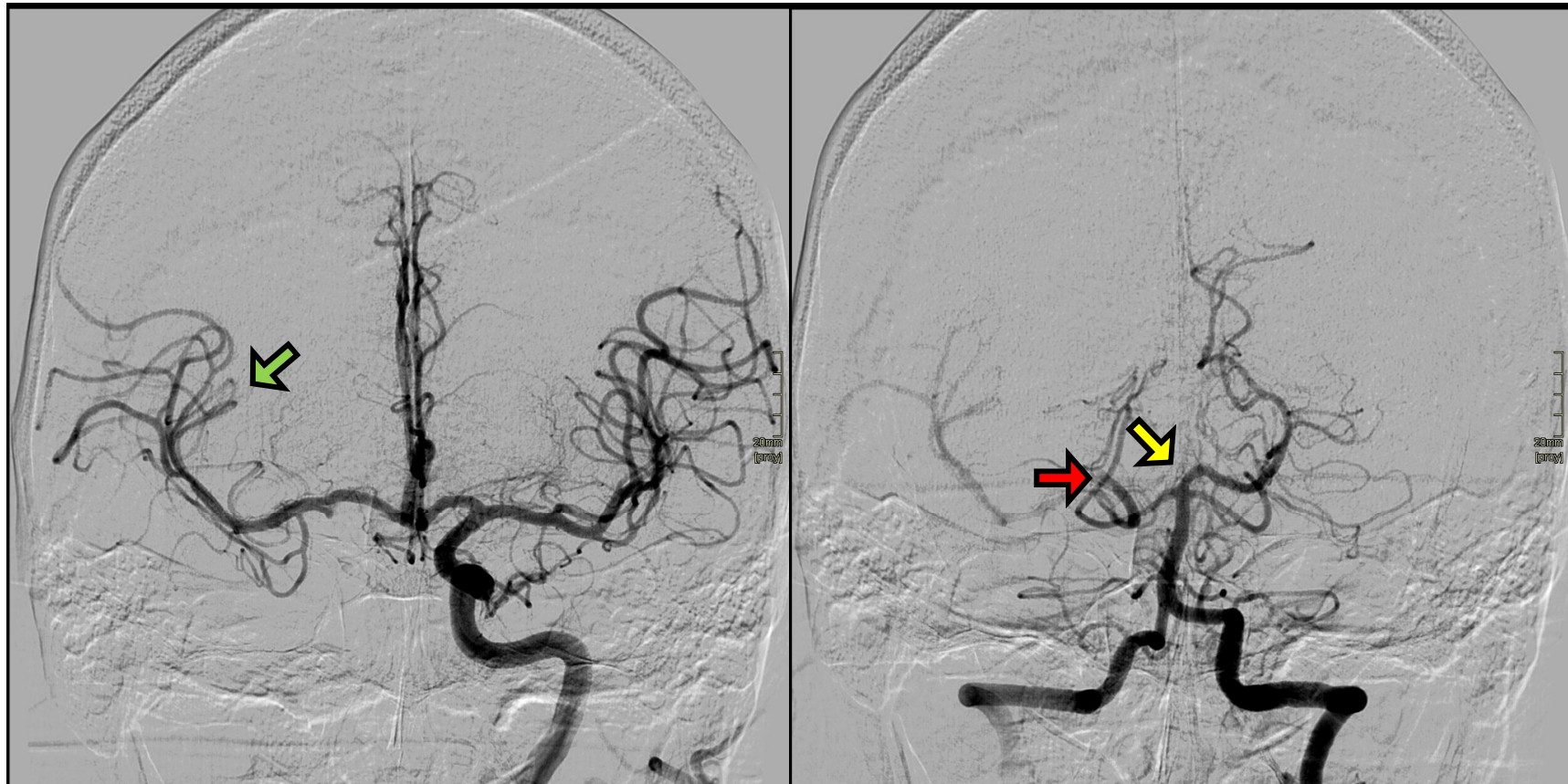


Imagen en lateral con inyección de contraste desde arteria carótida común derecha a través de FlowGate2 identificándose una oclusión de ACI proximal en forma de pico, con sospecha de disección.



Imágenes en AP con inyecciones desde carótida común izquierda (imagen izquierda) y vertebral izquierda (imagen derecha) dónde se identifica una ACM derecha permeable (flecha verde) y oclusión del segmento P2 de ACP derecha (flecha roja). Nótese la ausencia de segmento P1 derecho (flecha amarilla).

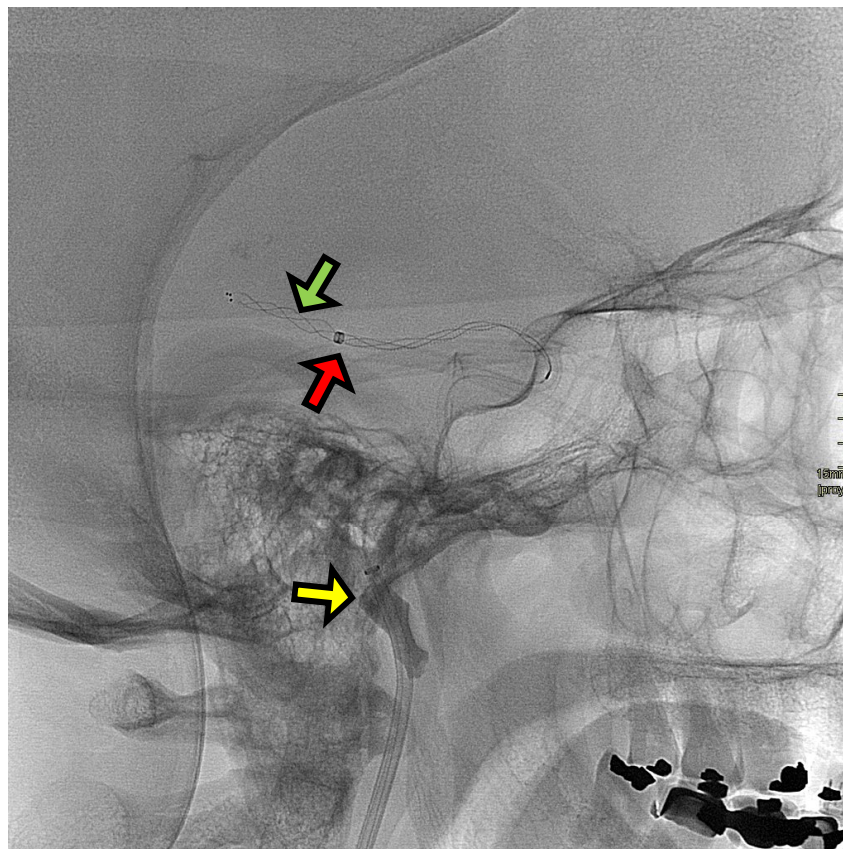


Imagen en lateral dónde se identifica el FlowGate2 con el balón hinchado en la ACI derecha (flecha amarilla) y los dispositivos Trevo NXT 4x35 (flecha verde) y AXS Catalyst 5 (flecha roja) sobre la teórica localización trombo en P2 derecha.

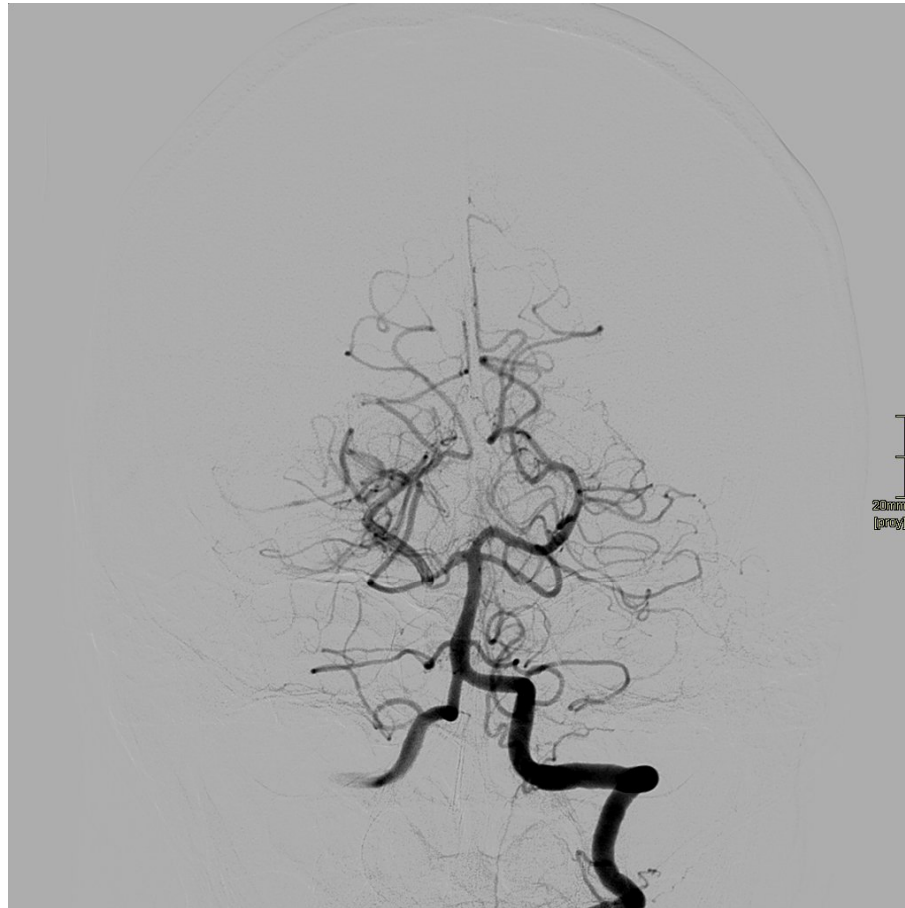


Imagen en AP con inyección desde arteria vertebral dónde se identifica una ACP derecha permeable tras la extracción del trombo.