

Trombectomía mecánica: Aspiración directa con AXS Catalyst 5.

Carlos Pérez García

Sección de Neuroradiología Intervencionista del Hospital Universitario Clínico San Carlos

Trombectomía mecánica: Aspiración directa con AXS Catalyst 5.

Datos clínicos:

- Mujer de 46 años con antecedentes de TEP bilateral masivo hace varios años y enfermedad de Steinert. Independiente funcional (mRS = 0), sin medicación activa.
- Último basal a las 16:00.
- Acude al hospital con clínica de ictus hemisférico derecho, NIHSS = 11.
- Se realiza TC y angio-TC dónde se demuestra un ASPECTS de 9 (leve hipodensidad temporal derecha), una hiperdensidad espontánea en el Silvio derecho y una oclusión del segmento M1 de la ACM derecha.

Trombectomía mecánica: Aspiración directa con AXS Catalyst 5.

Tratamiento:

- Se cateteriza la arteria carótida interna derecha con catéter guía balón FlowGate2.
- Se localiza una oclusión de ACM M1 distal derecha, con mínimo paso de contraste a ramas silvianas.
- Dado que la oclusión parece corta y presenta una imagen angiográfica de 'patas de cangrejo' en la porción proximal del trombo, decidimos intento de aspiración directa.
- Puesto que la paciente es joven y la ACM no presenta un calibre importante, elegimos como catéter de aspiración el AXS Catalyst 5.

Trombectomía mecánica: Aspiración directa con AXS Catalyst 5.

Tratamiento:

- Mediante un cateterismo triaxial con Cat 5 y microcatéter Trevo Trak 21 se consigue alcanzar el margen proximal del trombo, sin atravesarlo con la microguía ni el microcatéter.
- Se retira el microcatéter y la llave de lavado proximal del Cat 5. Se avanza el Cat 5 hasta que deja de refluir sangre desde el 'hub'. En ese momento se conecta una jeringa Vac-Lok de 60 ml y comenzamos la aspiración.
- Hinchamos el balón del FlowGate2 y lo conectamos al sistema de aspiración de Medela.
- Tras esperar dos minutos retiramos lentamente el Cat 5.
- Obtenemos un trombo rojo corto en la jeringa de aspiración.
- Las imágenes angiográficas finales demuestran una apertura completa de ramas de la ACM derecha (TICI 3).

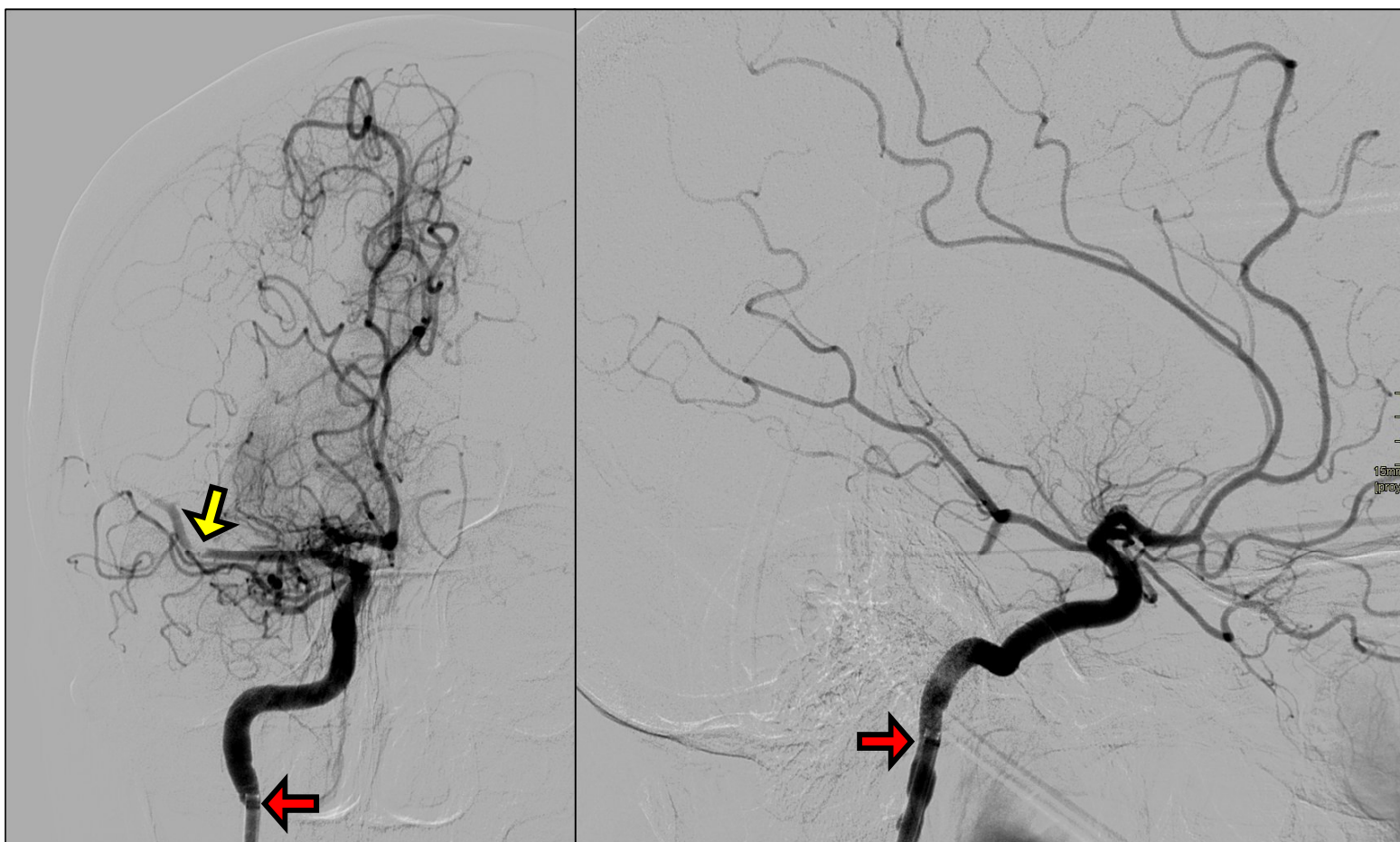
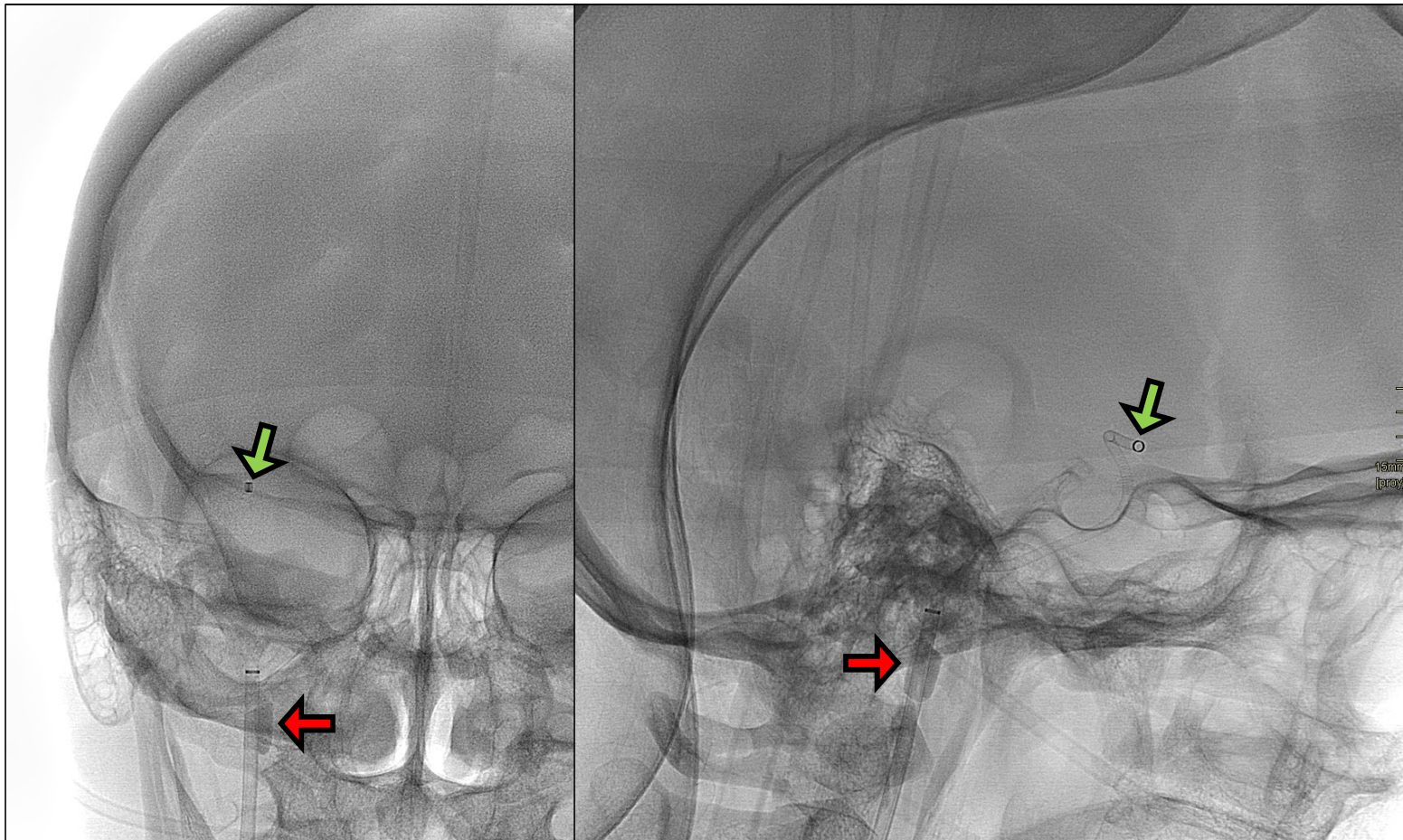
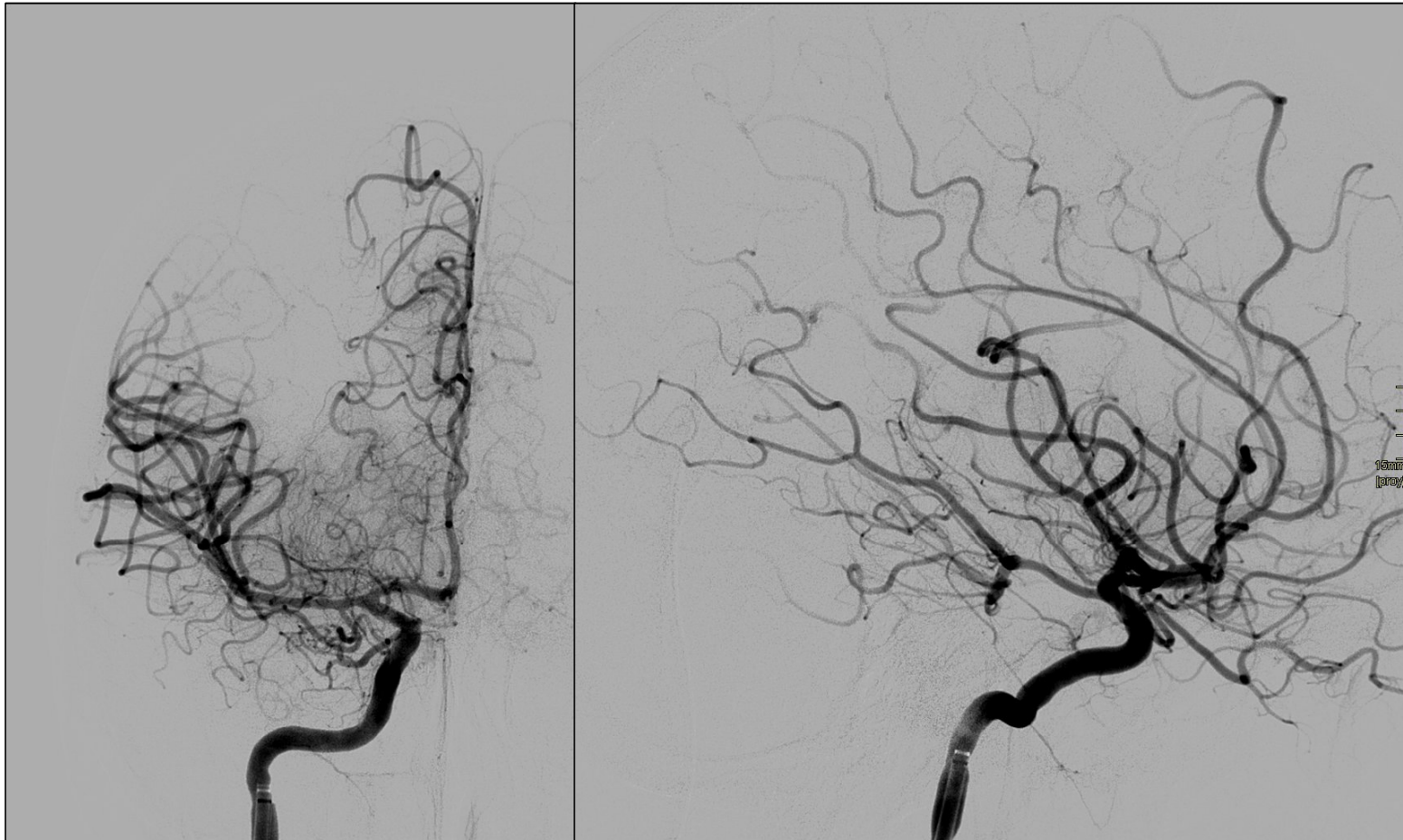


Imagen de la izquierda: imagen en AP con inyección de contraste desde arteria carótida interna derecha a través de FlowGate2 (flecha roja), indentificándose la suboclusión en el segmento M1 distal de ACM derecha (flecha amarilla) con morfología de 'patas de cangrejo'.

Imagen de la derecha: imagen en lateral con inyección de contraste desde arteria carótida interna derecha a través de FlowGate2 (flecha roja), donde se aprecia una ausencia de repleción de todo el territorio de ACM derecha.



Imágenes en AP y lateral identificándose el FlowGate2 con el balón hinchado (flecha roja) y el extremo distal del AXS Catalyst 5 sobre el punto de oclusión, inmediatamente previo al pase de trombectomía.



Imágenes en AP y lateral con inyección de contraste desde arteria carótida interna derecha que demuestra una apertura completa de ramas de la ACM derecha, TICI 3 final.