

AVULSIÓN DE ARTERIA RADIAL

Tras la retirada de introductor largo

RADIAL ARTERY AVULSION

After Long Introducer Removal

Autores

Teresa Guiberteau-Díaz RN¹, Cristina Polonio RN¹,
Fátima Domingo RN¹, Cristina Tevar RN¹

¹ *Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista,
Servicio de Cardiología, Hospital del Mar,
Barcelona, España.*

DOI: <https://doi.org/10.59322/92.7173.SY5>.

Dirección para correspondencia

Teresa Guiberteau-Díaz RN, MSc
Hospital del Mar.
Pg. Marítim de la Barceloneta, 25,
29, Ciutat Vella, 08003 Barcelona

Correo electrónico

terequiberteau@gmail.com

Resumen

- Presentamos el caso de una complicación iatrogénica del acceso vascular arterial radial, consecuencia de la asociación de espasmo arterial y un componente de tortuosidad vascular importante. Tras la retirada de un introductor largo a nivel radial, se produce una avulsión parcial de la arteria radial, con externalización de la misma a nivel cutáneo, que obliga a una intervención vascular urgente para tratar la complicación. Las imágenes ilustran las características del caso y documentan la complicación del acceso radial.

Palabras clave: Acceso vascular, Arterial radial, Disección vascular, Cateterismo cardíaco, Procedimiento quirúrgico vascular.

Abstract

- Herein, we present a case report of an iatrogenic complication of radial arterial access, as a result of arterial spasm associated with significant vascular tortuosity. After the removal of a long introducer sheath at the arterial level, there was a partial avulsion of the radial artery, with externalization at the cutaneous level, requiring urgent surgical intervention to solve the complication. Figures illustrate the characteristics of the case and document the radial access complication.

Keywords: Vascular access, Radial artery, Vascular dissection, Cardiac catheterization, Vascular surgical procedure.



Describimos el caso de un varón de 85 años que acude para la realización de una coronariografía con un diagnóstico inicial de infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST. El paciente presenta antecedentes de hipertensión arterial, hiperlipidemia, estenosis aórtica moderada y enfermedad renal crónica, además de un probable deterioro cognitivo no filiado. Se realiza un acceso radial (AR) derecho con técnica de Seldinger. Por la presencia de marcada tor-

tuosidad a nivel subclavio y del tronco braquiocefálico (figuras 1A y 1B, asteriscos), se decide intercambiar el introductor radial corto por un introductor largo (Destination™ 90 cm - 6F, Terumo, Tokio, Japón), a pesar del cual no es posible completar el estudio y se realiza el cambio a la vía femoral. La coronariografía muestra enfermedad coronaria multivaso, con lesiones culpables a nivel de la arteria circunfleja (figura 1C, flechas amarillas).

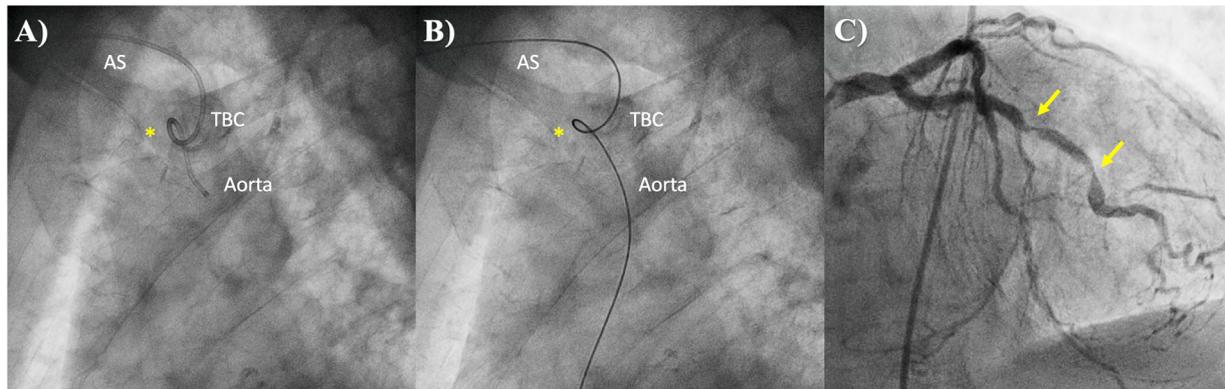


Figura 1. A-B) Imágenes de fluoroscopia en proyección anteroposterior, en las que se evidencia la presencia de tortuosidad (asterisco) a nivel del tronco braquiocefálico (TBC) y la arteria subclavia derecha (AS) que dificultan la movilización tanto de catéteres (A) como guías (B). **C)** Proyección de angiografía coronaria que muestra dos lesiones significativas en tándem en la arteria circunfleja (flechas amarillas).

Se realiza intervencionismo percutáneo con implante de stent farmacoactivo con buen resultado. Al finalizar el procedimiento, se objetiva espasmo a nivel del AR. Se administran vasodilatadores (300 µg de nitroglicerina) a través del introductor radial y sedoanalgesia (1 mg de midazolam y 25 µg de fentanilo) endovenosa. Se procede a la retirada del introductor, que resulta dificultosa por la presencia de importante resistencia. Con la retirada, se produce una avulsión parcial de la arteria radial, en parte adherida al propio introductor (figuras 2A y 2B, asteriscos), con externalización parcial de la arteria radial a nivel cutáneo (figuras 2C y 2D). Se inicia compresión manual y, tras valoración por el servicio de cirugía vascular, se realiza cirugía emergente con ligadura y resección del segmento afectado. El curso posterior del paciente fue favorable.

El AR constituye el acceso mayoritario en procedimientos tanto diagnósticos como te-

rapéuticos coronarios, debido principalmente a su mejor perfil de seguridad frente al acceso femoral. Sin embargo, el AR no está exento de complicaciones potencialmente graves. El espasmo arterial es una complicación relacionada con el AR, cuya presentación depende de factores anatómicos, del paciente y de la propia intervención. Es importante individualizar la elección del acceso vascular, sobre todo en aquellos pacientes que asocien componentes de fragilidad o comorbilidad significativos. En este contexto, los planes de cuidados de enfermería deben ser dinámicos, permitiendo la adaptación de los mismos a las incidencias y complicaciones que puedan surgir durante el procedimiento, y modificando estas intervenciones según las necesidades específicas de cada caso.

- ▶ No existen fuentes de financiación.
- ▶ Conflicto de intereses: ninguno.



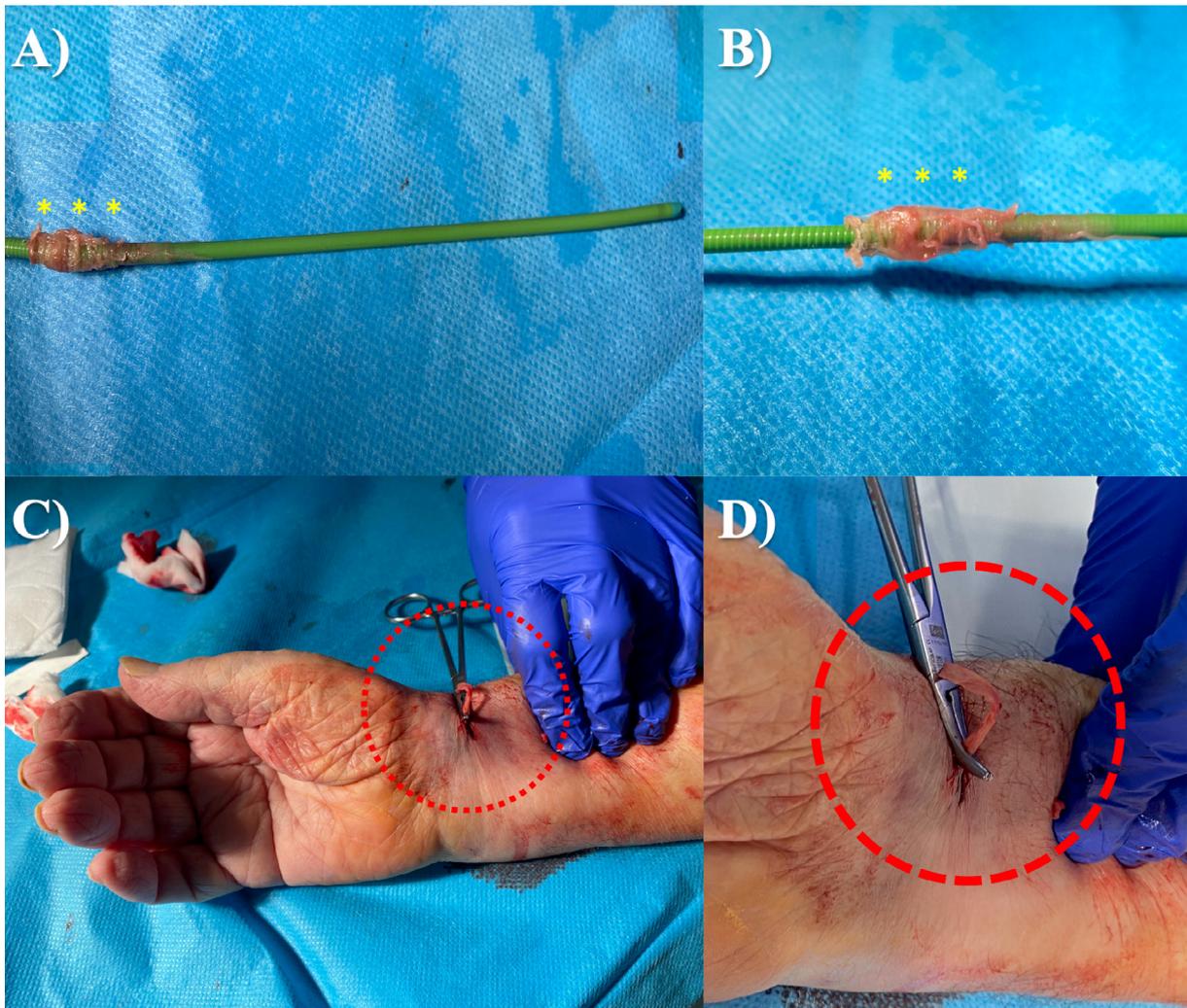


Figura 2. A-B) Imágenes del introductor radial largo en las que podemos apreciar la presencia de tejido endotelial radial adherido al mismo (asteriscos). **C-D)** Imagen general y detallada del punto de acceso radial con externalización parcial de la arteria tras la retirada del introductor.

