

Cuerpo extraño intravascular

Endovascular foreign body

Leonidas Carrillo-Ñáñez,¹ Roberto Avilés-Gonzaga,² Pamela Carrillo-García³

Mujer de 25 años, procedente de Áncash, que consulta por dolor en la región lumbosacra, sin irradiación, desde hace ocho meses, tratada con AINE repetidas veces y con cierto alivio.

Antecedente de haber tenido, ocho meses antes, un aborto de tres meses de gestación. Fue sometida a legrado uterino y hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital local, donde le colocaron un catéter venoso central para manejo y monitorización. Estuvo en la unidad por ocho días y al tener buena evolución fue dada de alta.

En el examen físico, las funciones vitales fueron normales y no se encontró alteración significativa alguna.

Exámenes auxiliares: Hb, 10,9 g/dL; Hcto, 31%; leucocitos, 6 700/mm³ (seg 64%; bas, 0%; eos, 3%; mon, 2%; lin, 31%), plaquetas, 265 000/mm³. PCR, 0,32; VSG, 25 mm/h. Examen de orina: normal. En la radiografía lumbosacra, se observa imagen lineal hiperdensa en región paravertebral y anterior a la columna lumbosacra, que corresponde a la proyección de la vena cava inferior e iliaca primitiva derecha, y que se trata de un cuerpo extraño en dichas venas y que por sus características corresponde a la guía metálica que se utiliza en la colocación del catéter venoso central (Figuras 1 y 2). La paciente fue enviada al servicio de cirugía cardiovascular.

DISCUSIÓN

El uso creciente de cateterismo y procedimientos intravasculares con fines diagnósticos y terapéuticos ha traído como consecuencia potenciales complicaciones como el

embolismo iatrogénico de cuerpos extraños a las cavidades cardíacas y grandes vasos o al sistema vascular periférico.¹ Este embolismo iatrogénico puede ocurrir con: el retiro del catéter cuando se cortan las suturas de fijación; la fatiga de material del catéter; el uso prolongado de catéteres centrales de polietileno; las guías metálicas por manejo inapropiado del equipo introductor; y, causas anatómicas, como el pinzamiento de catéter entre la clavícula y primera costilla (síndrome o fenómeno de *pinch-off*).

Figura 1.



1 Médico internista y asistente del Servicio de medicina 2-I Hospital Nacional Arzobispo Loayza de Lima. Profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

2 Médico internista y asistente del Servicio de Emergencias del Hospital Nacional Arzobispo Loayza de Lima. Profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

3 Médico serumista. Ingeniería B12, Sanidad del Ejército Peruano, Caraz, Anc

Figura 2.



Comúnmente los cuerpos extraños intravasculares embolizados son fragmentos de catéteres venosos centrales (lo más común), catéteres de Swan-Ganz en la arteria pulmonar, la pérdida de alambres de guía o fragmentos de alambre de guía fuera de lugar y bobinas de embolización y los stents metálicos. Las complicaciones causadas por un cuerpo extraño embolizado alcanza el 71% y una mortalidad de 24% a 60%.^{1,2}

La conveniencia de retirar cuerpos extraños embolizados y alojados en el corazón, arterias pulmonares, arterias periféricas y venas, aun en pacientes asintomáticos, se ha aceptado en forma generalizada. Existe el riesgo de que con el tiempo se presenten complicaciones potencialmente letales atribuibles a los cuerpos extraños: arritmias, trombosis con oclusión vascular, trombos sépticos, endocarditis, embolismos, abscesos pulmonares y traumatismos cardíacos.^{2,4}

Son pocas las indicaciones de toracotomía para retirar un cuerpo extraño intravascular, y la primera elección deberá ser siempre la vía percutánea ya que es altamente eficiente y con escasas complicaciones. Los catéteres más utilizados para la extracción percutánea de cuerpos extraños son, hasta hoy, los lazos (que son guías metálicas delgadas que se pasan a través de un catéter 6 Fr o 9 Fr para formar un asa, disponibles en forma comercial o artesanal, y las canastillas para extraer cálculos (catéter Dormia). También se ha utilizado una gran variedad de instrumentos, incluyendo pinzas de broncoscopio, catéteres de Fogarty, catéteres de cola de cochino y vainas de Mullins.⁵

En el caso presentado, creemos que la guía metálica se introdujo por impericia del examinador y se desplazó hacia la vena cava inferior.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Robles VC y cols. Embolismo iatrogénico de un catéter a permanencia. *MG An Med (Mex)*. 2005;50(1):35-38.
2. Mainar V, Picó Aracil F, Bordes P, Ruiz Ros JA, Campos Peris JV, Marín F. Extracción percutánea de cuerpos extraños intravasculares: Una serie de 28 casos. *Rev Esp Cardiol*. 1996;49:41-47.
3. Herránz JB, Bermúdez-Cañete B, Herraiz SJI, Acerote GF, Bialkowski J, et al. Extracción no quirúrgica de cuerpos extraños intravasculares en niños. Experiencia en 8 casos. *Rev Esp Cardiol*. 1995;48:326-332.
4. Reidy JF, Deverall PB, Sowton E. Successful late non-surgical removal of intracardiac catheter fragment. *Br Heart J*. 1982;48:407-409.
5. Potgieter HF, Loggenberg E. Endovascular foreign body retrieved by interventional radiologist at Universitas Hospital. *AS J Radiol*. 2004;31-33.

Correspondencia a: Dr. Leonidas Carrillo Náñez, lchcarn@yahoo.es

FE DE ERRATAS

En la *Rev Soc Peru Med Interna* Vol 24 N.º 4 página 218, en la sección Foto Clínica, artículo Neurocisticercosis.

En el segundo párrafo, DICE: "Se muestra una sección del quiste hidatídico (Figura 2)". DEBE DECIR: "Se muestra una sección del cisticerco".

Y, en la Figura 2, DICE: "Sección de quiste hidatídico". DEBE DECIR: "Sección del cisticerco".