



# ACCESO RADIAL EN TROMBECTOMÍA MECÁNICA INTRACRANEAL. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.

Irene Martínez González, Paula Andrea Parra Ramírez,  
Antonio Tirado Muñoz, Sergio Luis Moyano Calvente,  
Fernando Alonso Ávalos  
Hospital Universitario de Cáceres, Cáceres



# OBJETIVOS

Describir la experiencia en nuestro centro, demostrando seguridad y eficacia del acceso radial en la trombectomía mecánica en pacientes con accidente cerebrovascular isquémico agudo con anatomías favorables para dicho acceso.



# MATERIAL Y MÉTODO

Presentamos un estudio retrospectivo de 14 pacientes en los que realizamos trombectomía mecánica intracraneal mediante abordaje radial desde enero de 2021 hasta enero de 2022, con el posterior análisis de los resultados clínico-radiológicos.



# RESULTADOS

En los 14 pacientes descritos fue factible la realización de la trombectomía mediante acceso radial, de ellos 9 eran hombres y 5 mujeres con una edad media de 73 años (rango 57-91).

La puntuación media en la Initial National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) previa al tratamiento fue de 20, presentando una oclusión de la arteria basilar 6 de los pacientes, 5 de ellos una oclusión en tándem, un paciente en T carotídea (TICA), un paciente en segmento M1 y otro paciente en segmento P1. De los 14 pacientes, 7 recibieron tratamiento fibrinolítico previo al procedimiento endovascular.



Se eligió acceso radial izquierdo en 4 de los pacientes y derecho en 10 de los pacientes, con un tiempo medio desde la punción arterial hasta la reperfusión de 61 minutos.

Se logró una revascularización TICI 2b/3 en todos los pacientes.

Se presentó una complicación hemorrágica intracraneal, no relacionada con el acceso vascular, que supuso el fallecimiento de uno de los pacientes, otro de los pacientes falleció durante el ingreso debido a una neumonía de causa broncoaspirativa.



	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4	Paciente 5	Paciente 6	Paciente 7
Sexo	Hombre	Mujer	Mujer	Hombre	Hombre	Hombre	Mujer
Edad	82	62	91	87	57	63	62
NIHSS	29	29	18	24	13	4	7
rTPA	Si	No	Si	No	Si	Si	No
Punción-TICI	58	72	71	23	81	195	58
Acceso vascular	Derecha	Derecha	Derecha	Derecha	Derecha	Izquierda	Izquierda
Vaso ocluido	Basilar	Basilar	TICA Izq	Basilar	Tándem Dcha	Tándem Dcha	Basilar
TICI	3	3	3	3	3	2b	3
Rankin alta	1	2	3	6	2	2	2

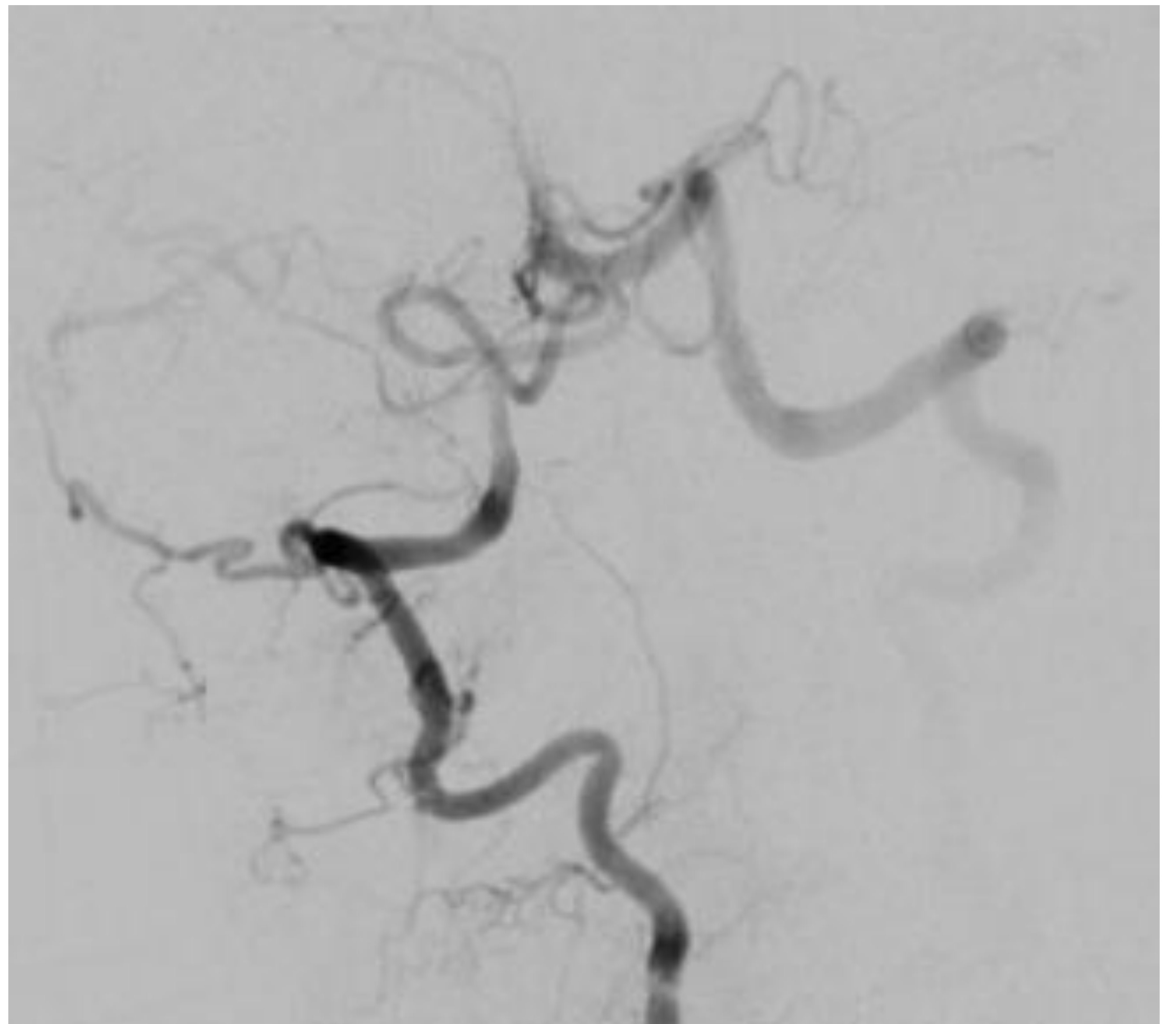
	Paciente 8	Paciente 9	Paciente 10	Paciente 11	Paciente 12	Paciente 13	Paciente 14
Sexo	Hombre	Hombre	Hombre	Hombre	Hombre	Mujer	Mujer
Edad	78	62	72	74	81	66	84
NIHSS	23	42	9	4	42	17	18
rTPA	No	No	No	No	Si	Si	Si
Punción-TICI	47	43	15	42	35	29	91
Acceso vascular	Derecha	Derecha	Izquierdo	Derecha	Izquierda	Derecha	Derecha
Vaso ocluido	Tándem Izq	Basilar	P1 Dcha	Tándem Izq	Basilar	M1 Izq	Tándem Izq
TICI	3	3	3	2c	2b	3	3
Rankin alta	1	6	1	1	0	2	2



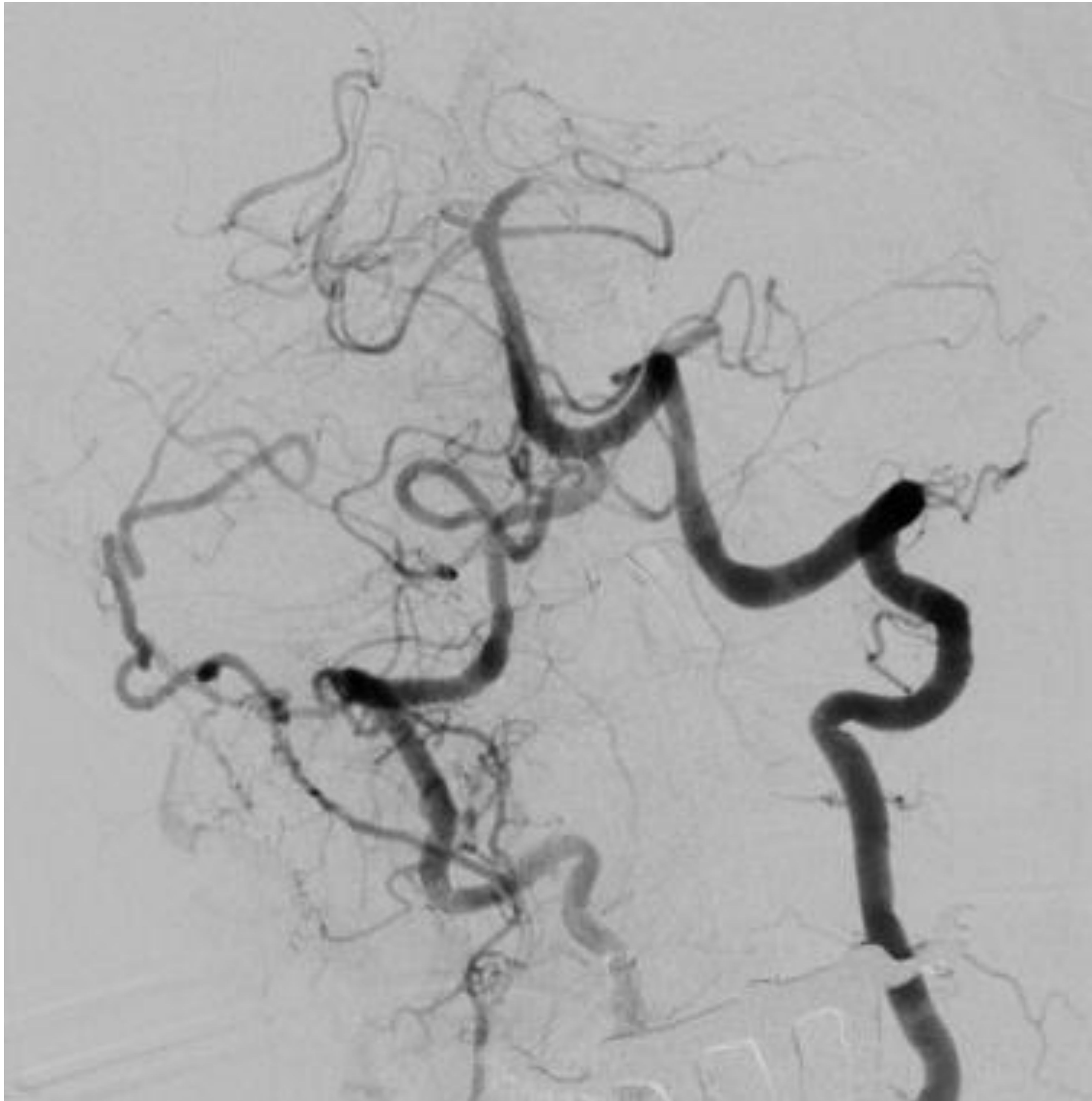


Mujer 62 años. Síncope súbito. NIHHS 29 puntos. Glasgow 3. Oclusión de la arteria basilar.

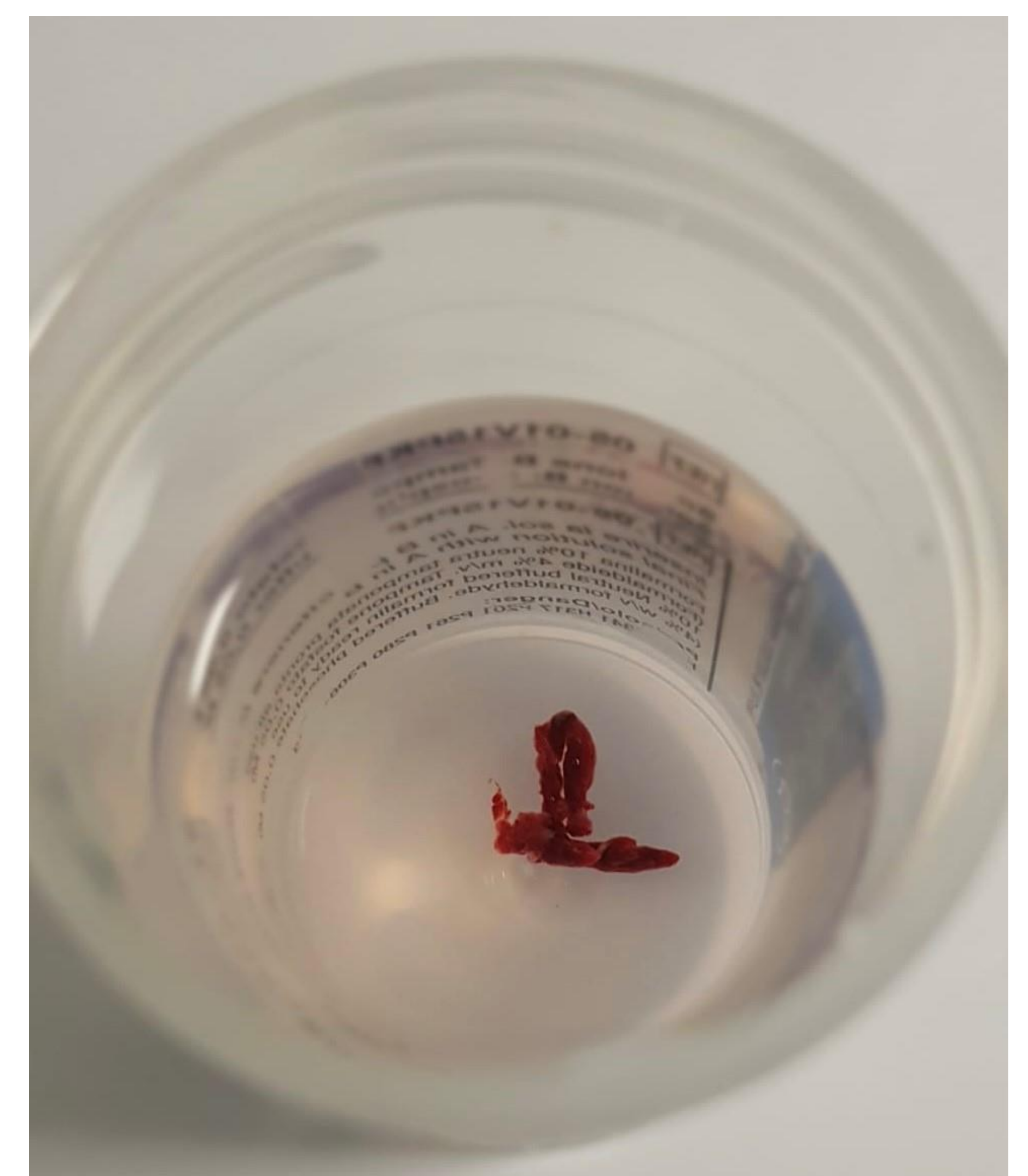
Acceso radial derecho 18: 55h, realizamos cateterización de arteria vertebral derecha y avance de catéter introductor guía





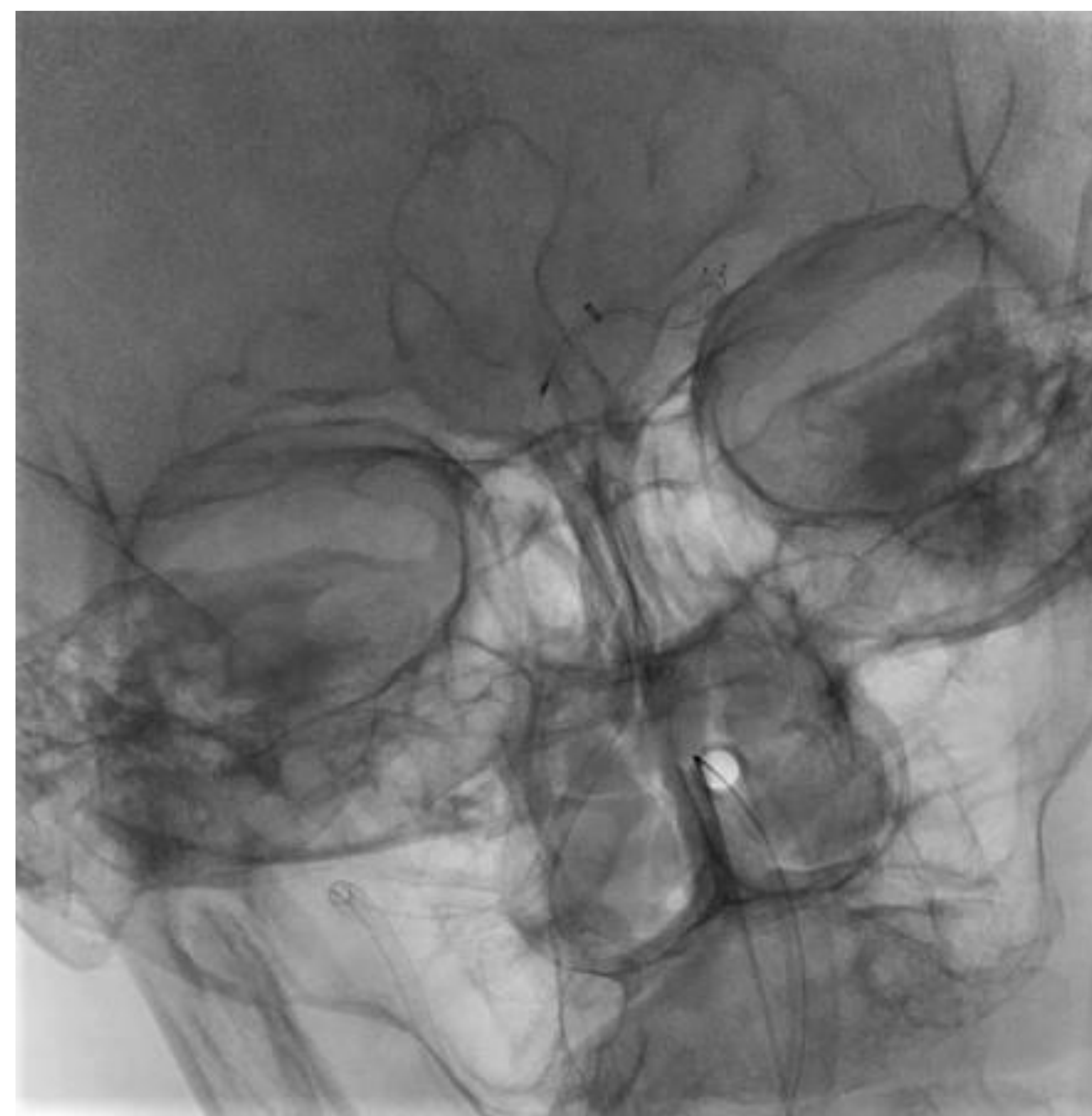


Realizamos trombectomía mecánica con primer pase mediante sistema de aspiración a las 19:21h, obteniendo material trombótico, no obstante, en serie de control apreciamos oclusión de P1 izquierda.





Realizamos segundo pase con técnica combinada (aspiración + stent retriever) a las 19:32h, con apertura del territorio ocluido. TICI 3.

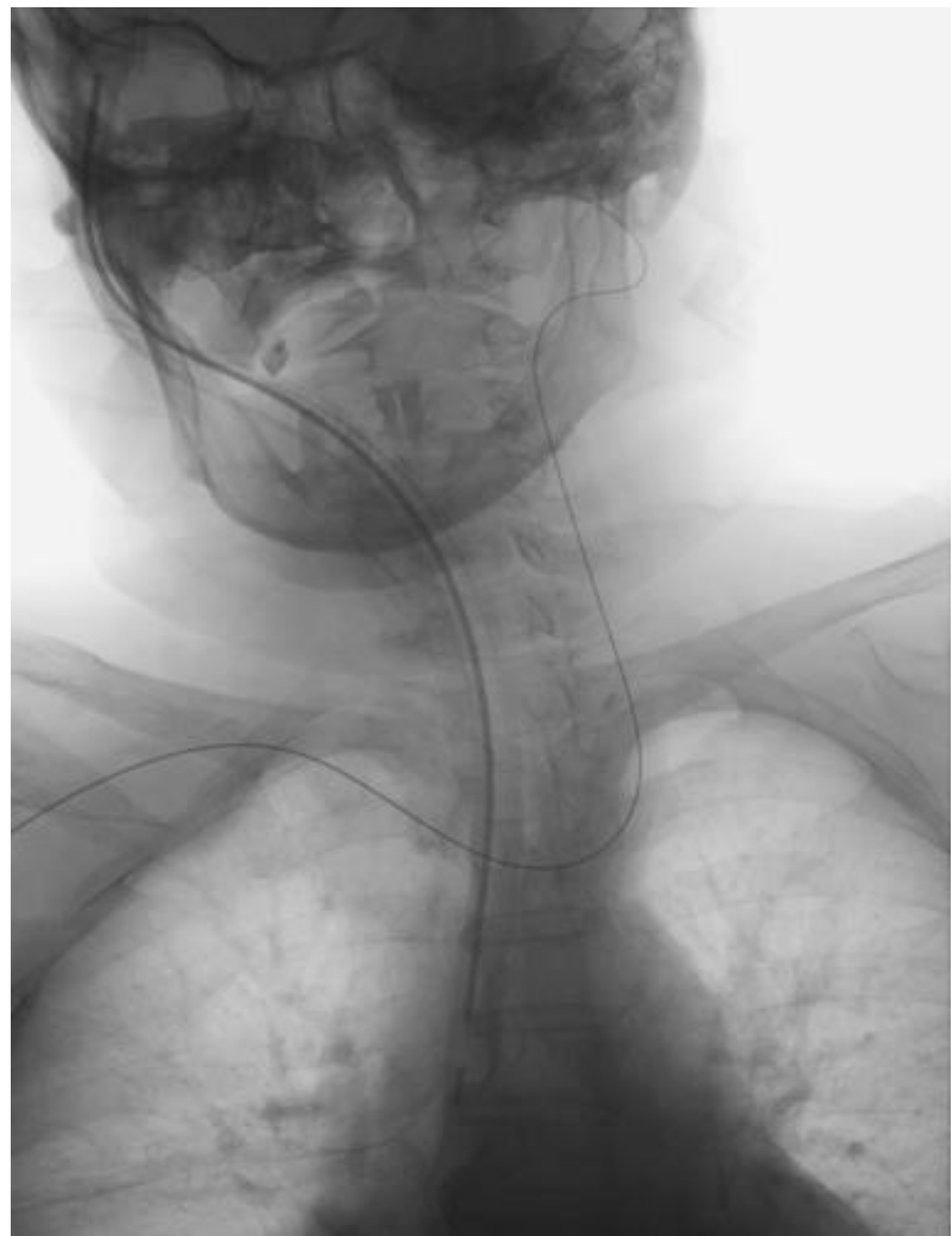
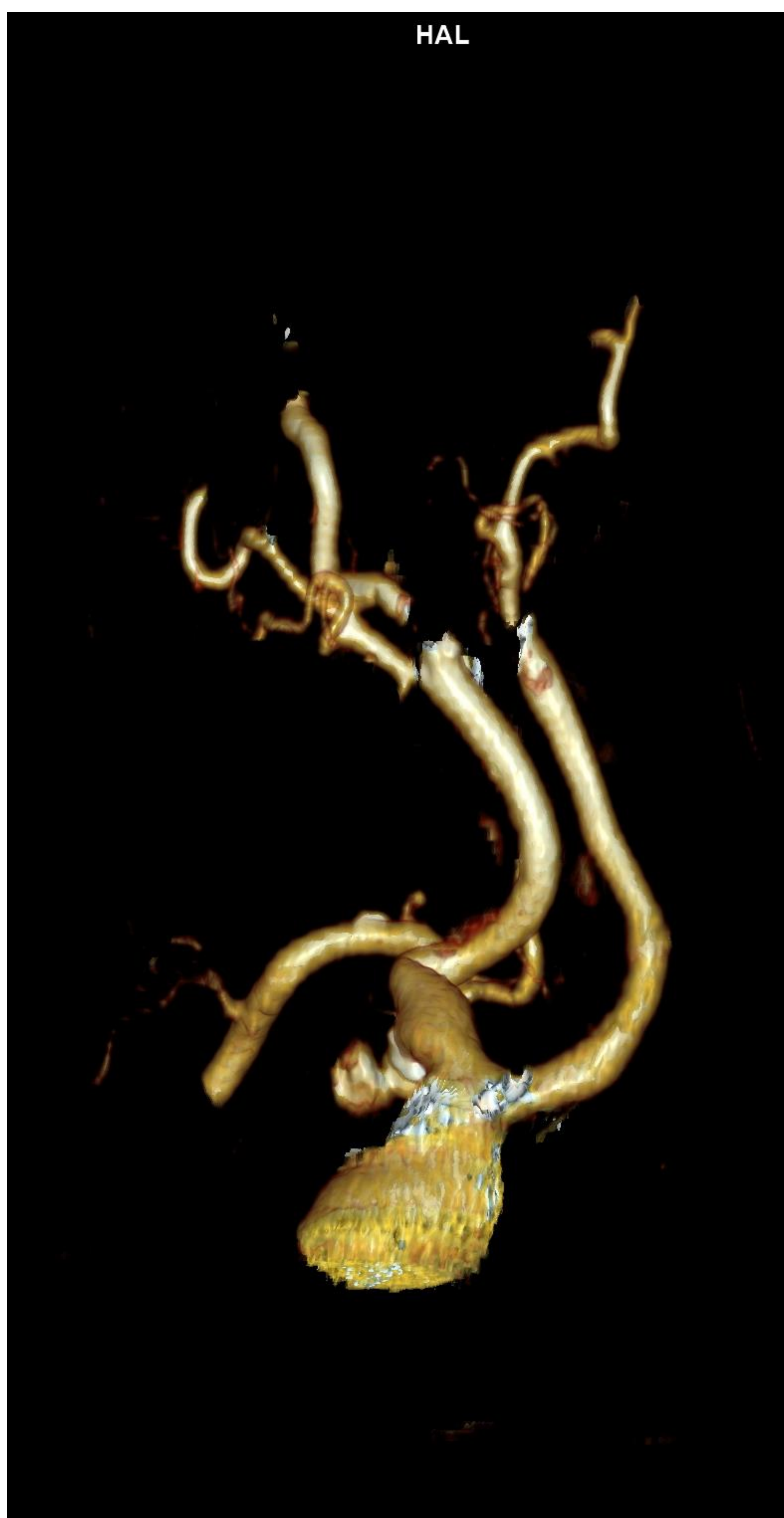




Hombre de 84 años. Ictus hemisférico izquierdo.

NIHSS 18 puntos. ASPECT 9.

Tandem: Oclusión arteria carótida interna (ACI) izquierda y de segmento M2.



Acceso radial derecho 16:25h, realizamos cateterización de arteria carótida común (ACC) izquierda y avanzamos catéter introductor guía.



En serie diagnóstica apreciamos oclusión de ACI izquierda.  
Procedemos a realizar angioplastia con balones de 3 y 5 mm sobre ACI, lo que nos permite avanzar el introductor.

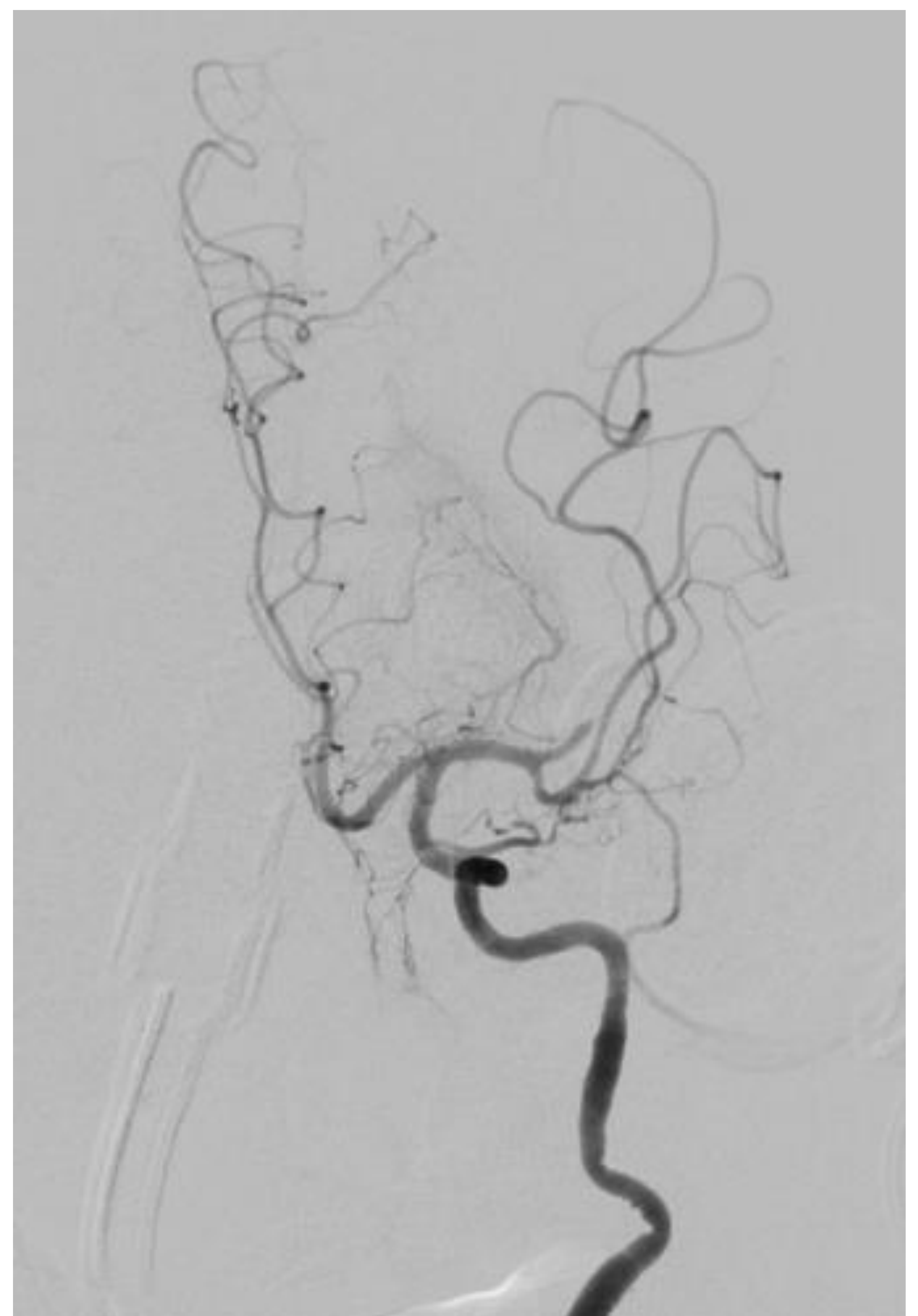




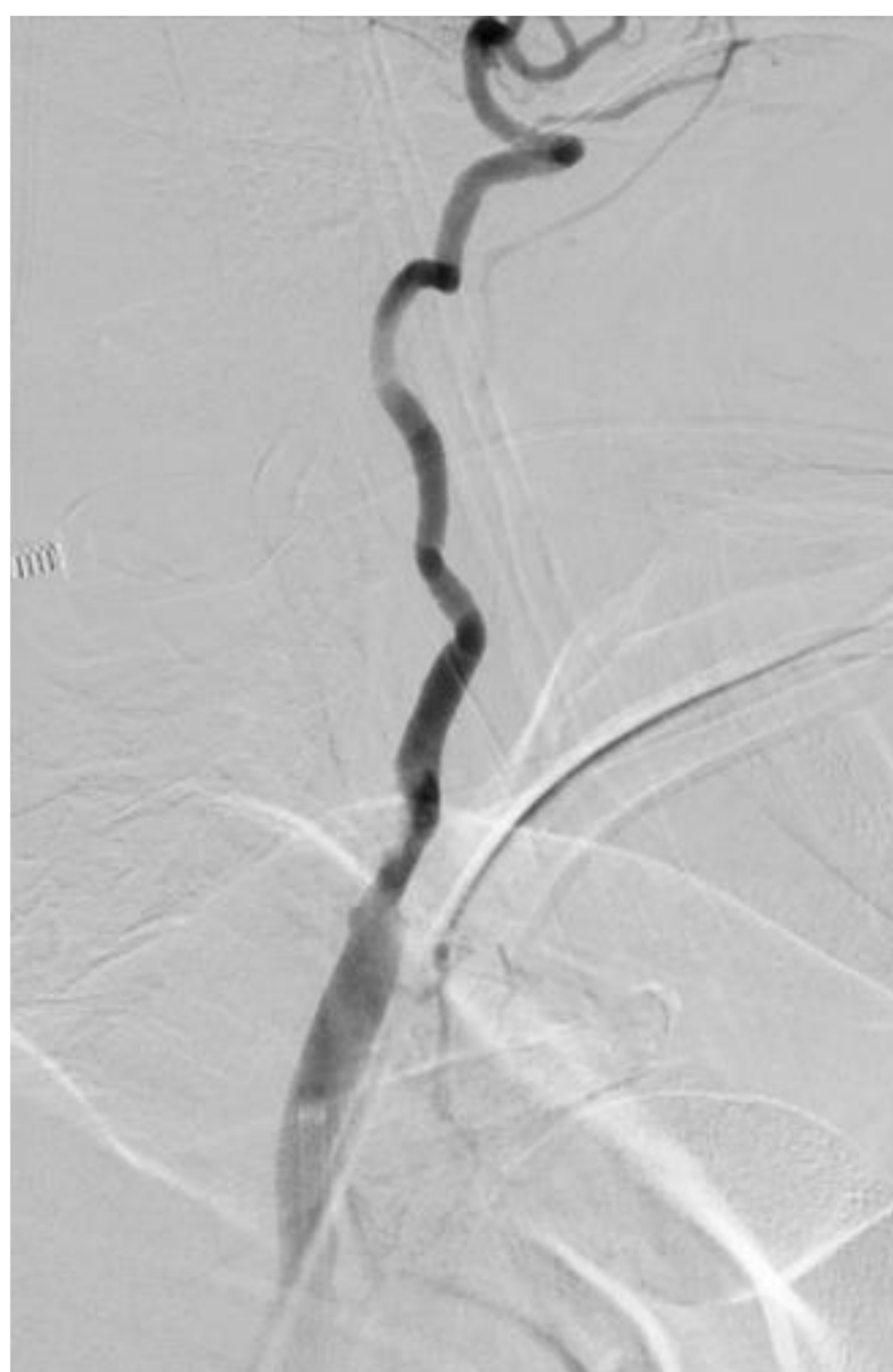
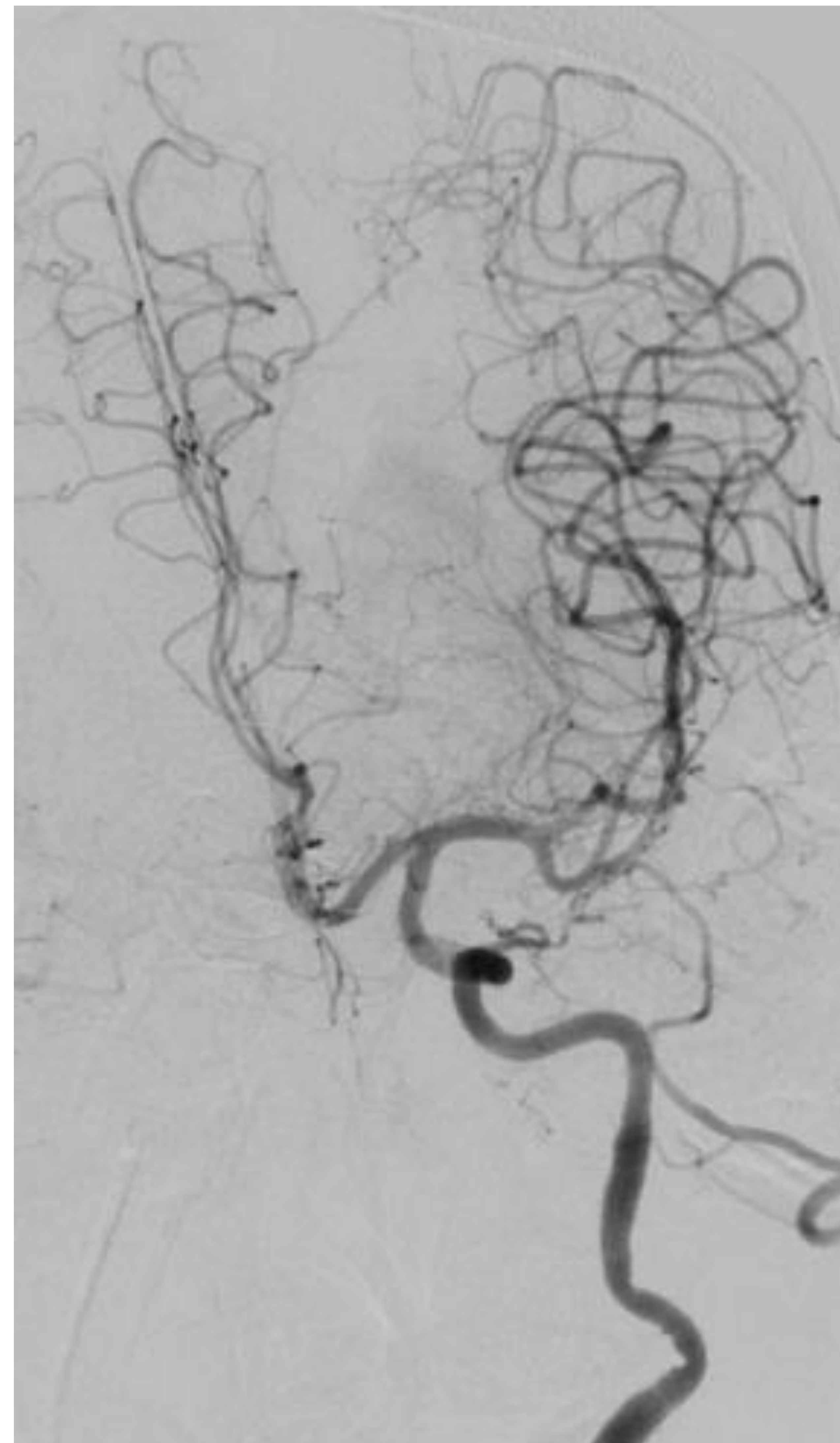
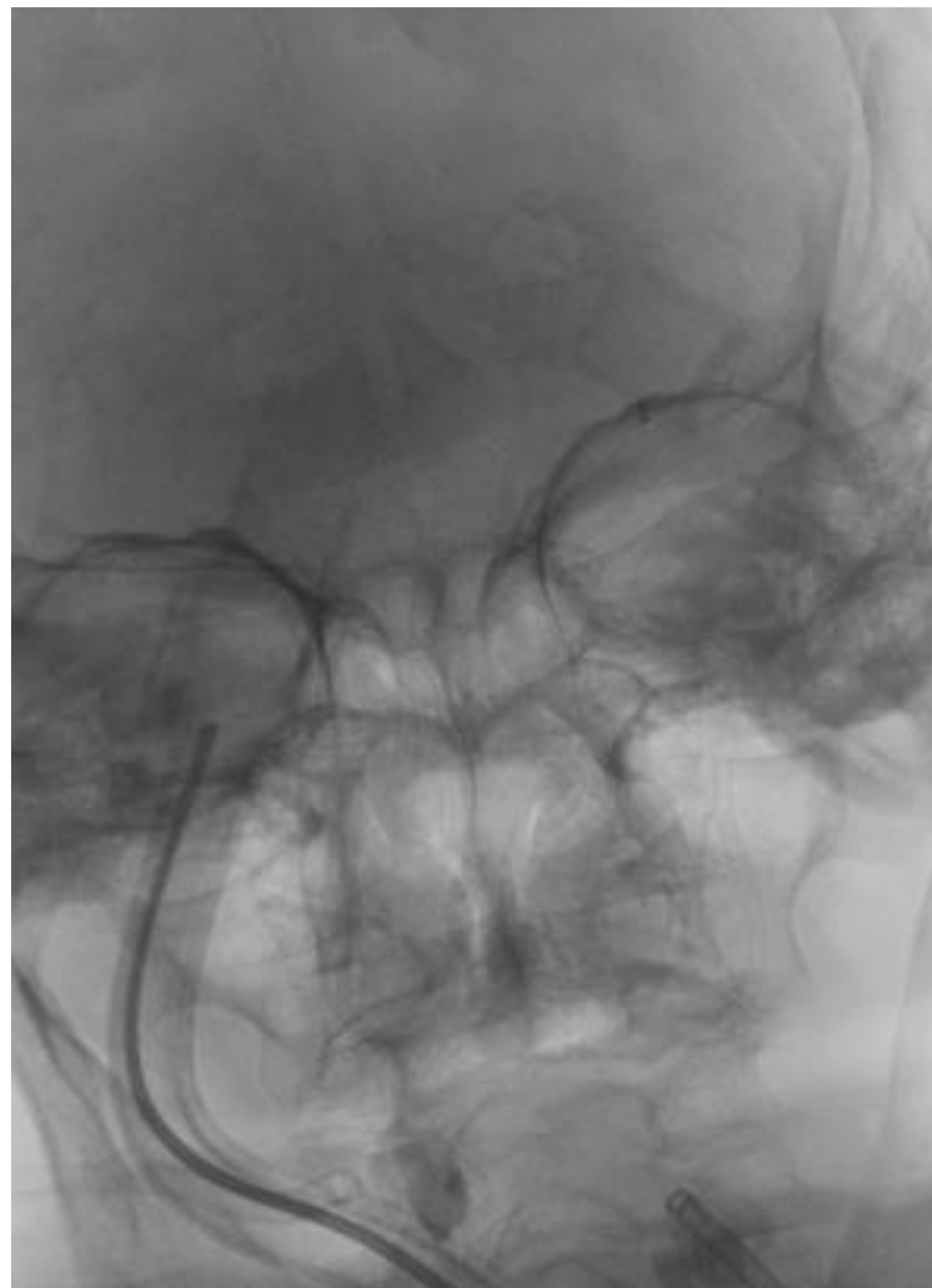


En serie intracraneal confirmamos oclusión de división superior M2 izquierda.

Realizamos trombectomía mecánica con primer pase mediante técnica combinada (aspiración + stent retriever) a las 17:30h, no siendo efectiva la misma.





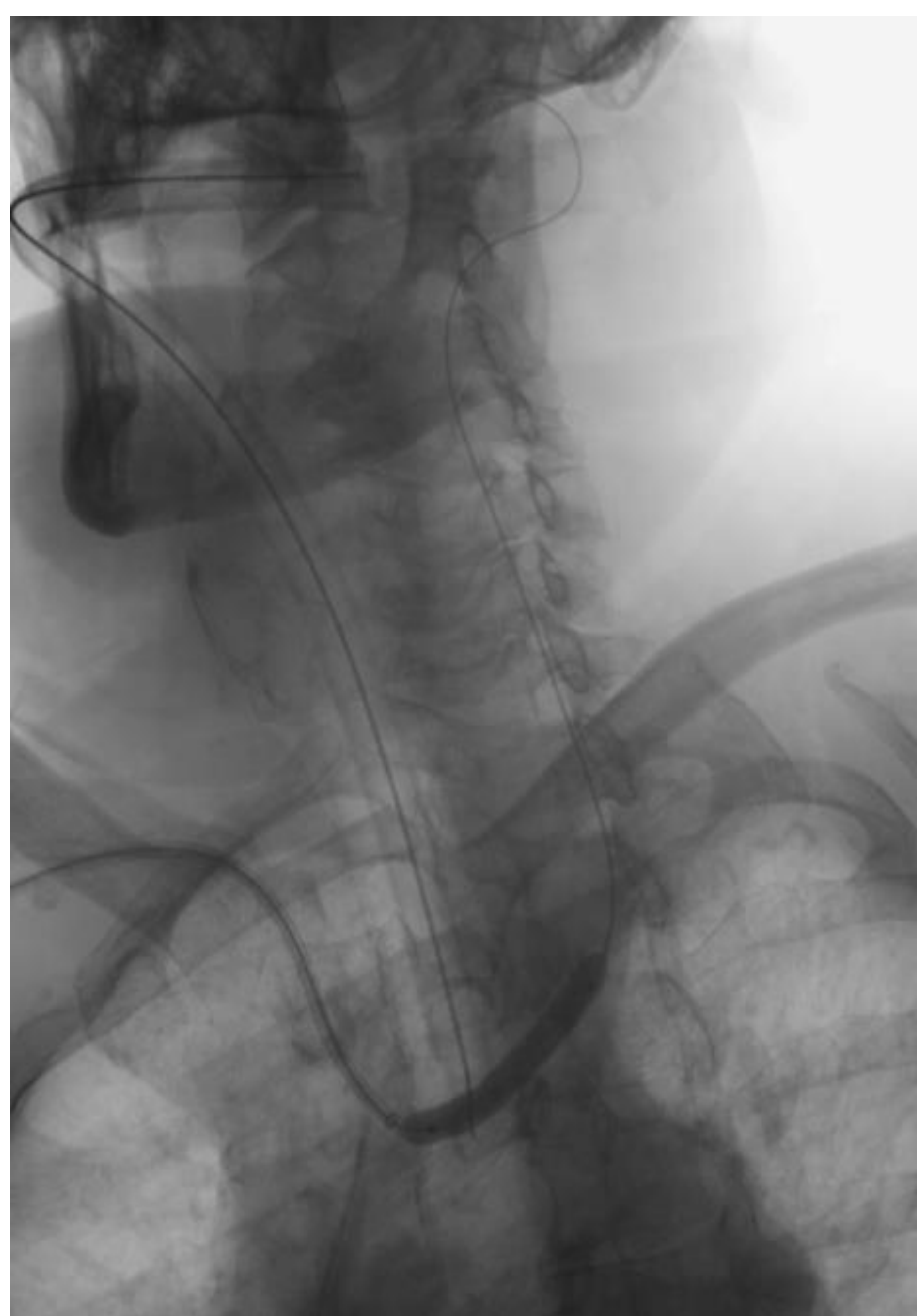
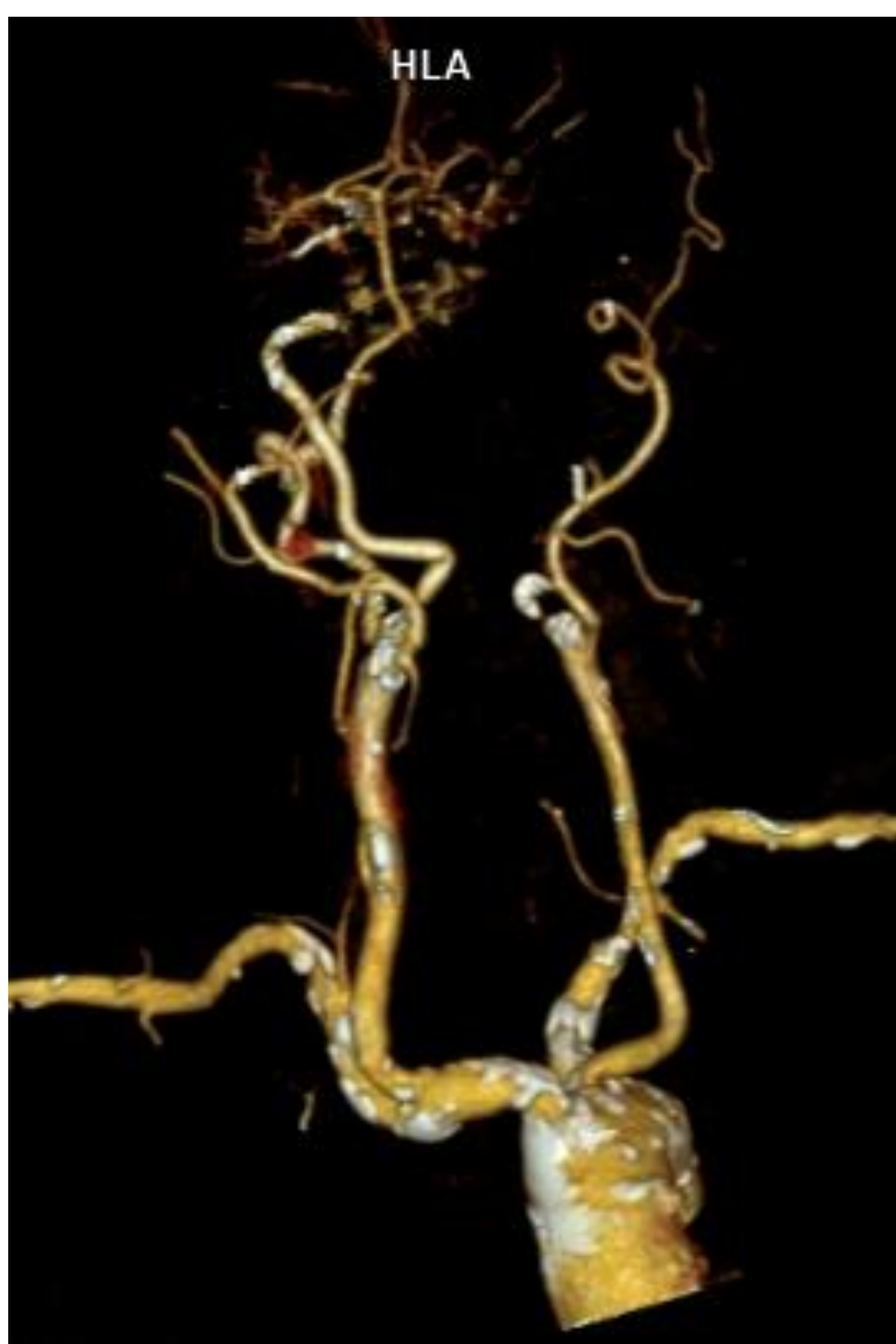


Segundo pase con sistema de aspiración con revascularización del territorio ocluido a las 17:56h. TICI 3.

En serie de control apreciamos adecuado flujo y calibre de ACI izquierda por lo que decidimos no colocar stent durante este procedimiento.

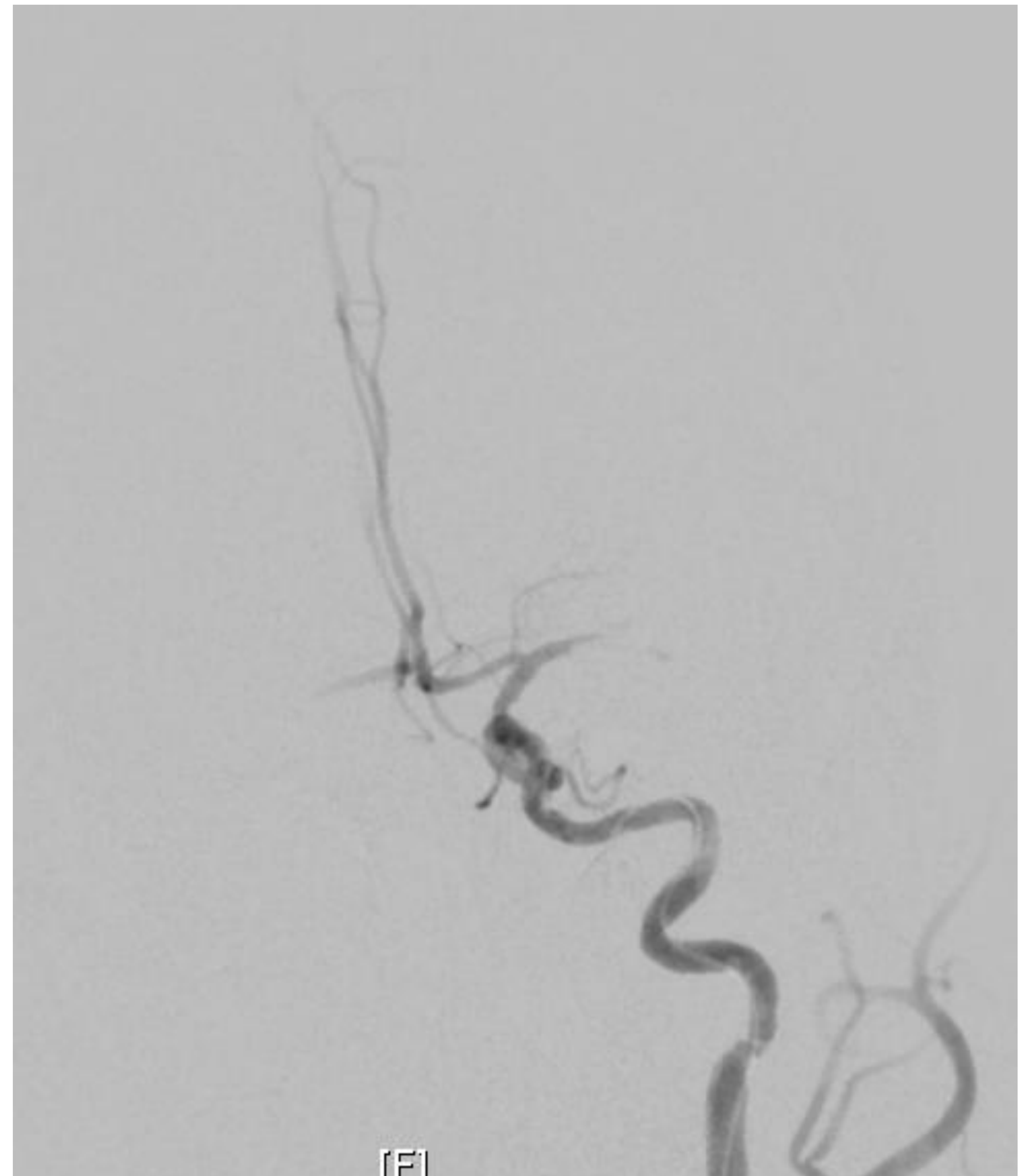
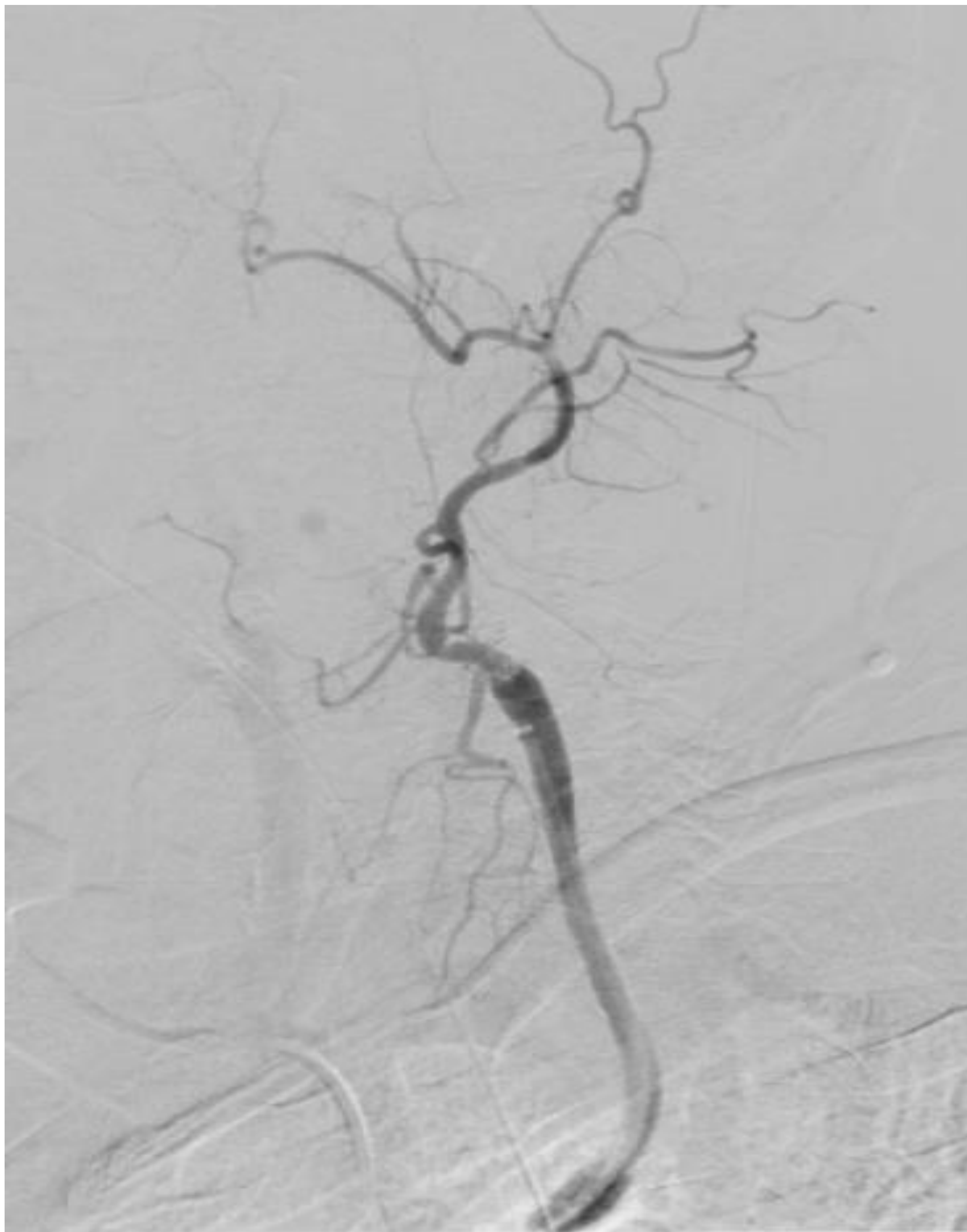


Hombre de 78 años. Ictus hemisférico izquierdo.  
Inicio de clínica de horario desconocido. NIHSS 18 puntos. ASPECT 7.  
"TRI tándem" Estenosis significativa origen ACC izquierda.  
Oclusión ACI izquierda. Oclusión segmento M1



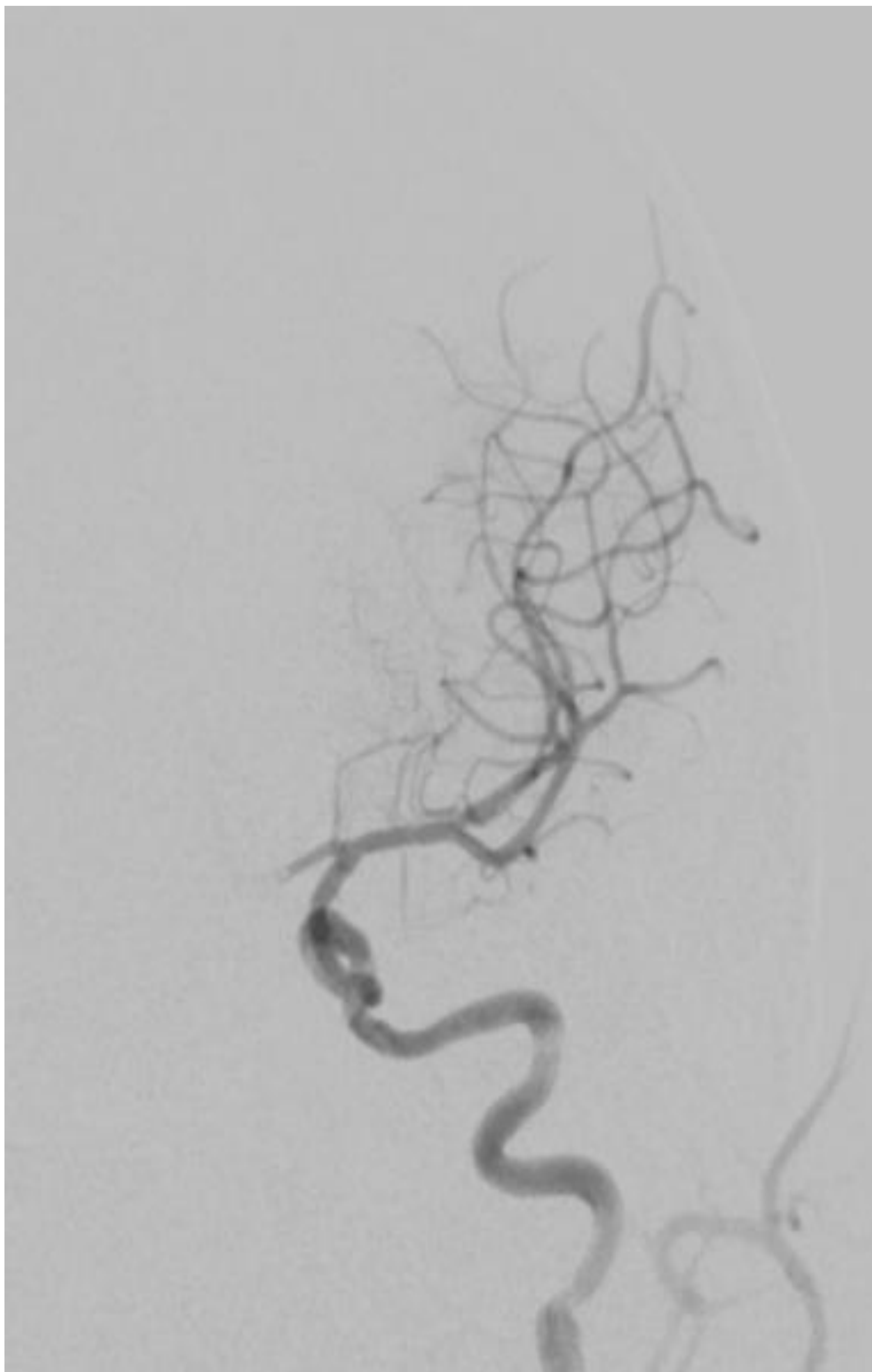
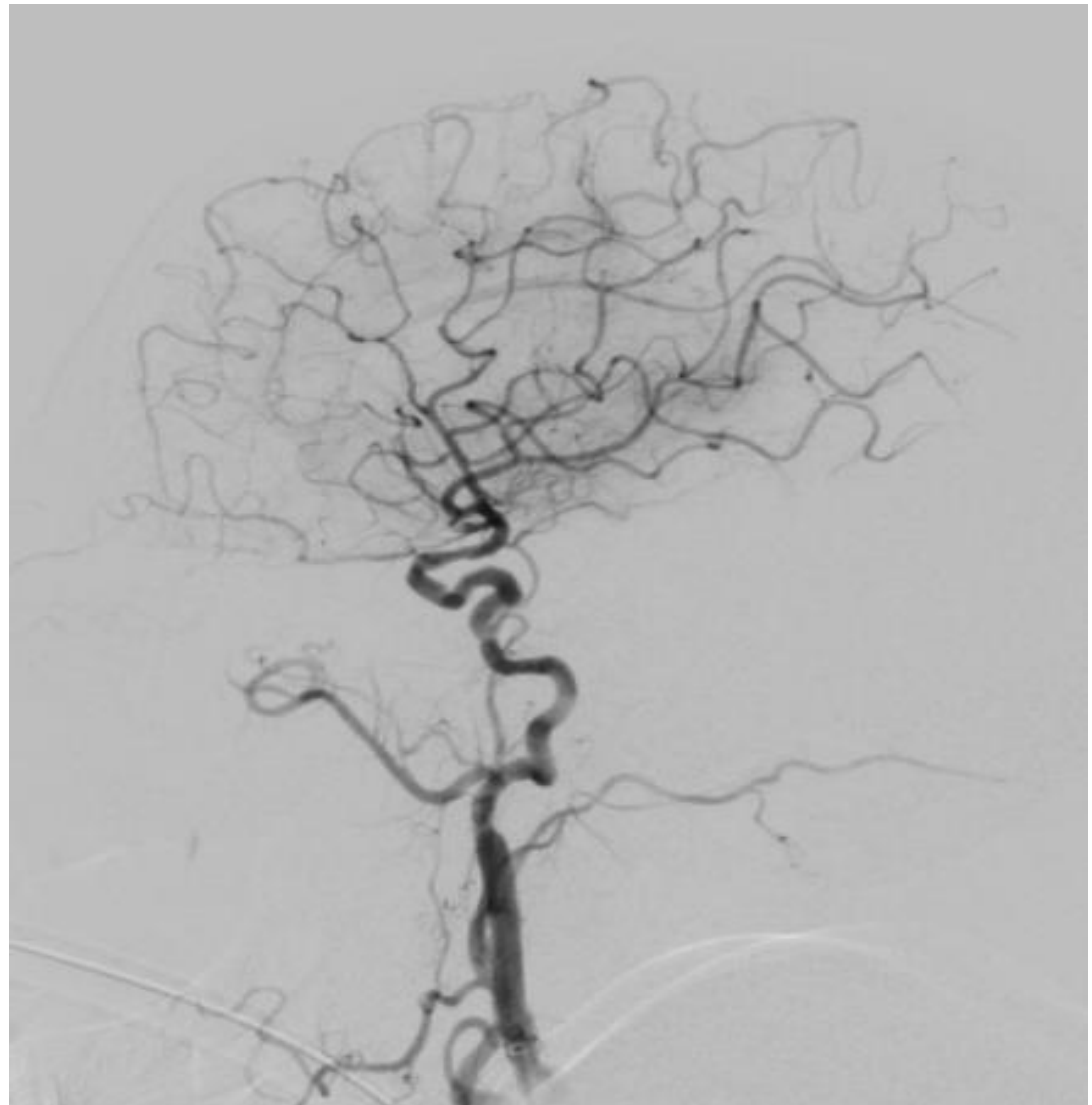
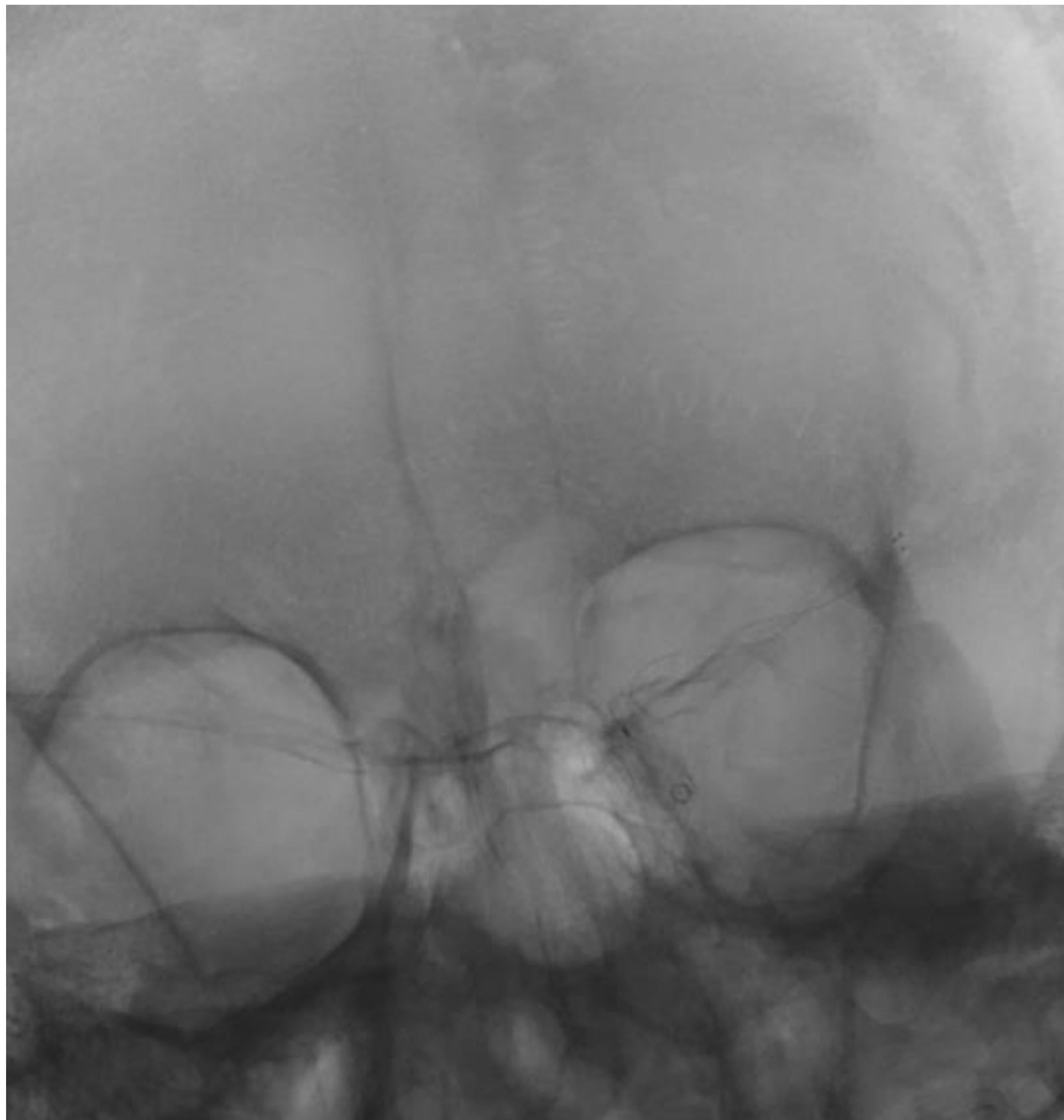
Acceso radial derecho 23: 53h, avanzamos catéter introductor guía hasta origen ACC izquierda y procedemos a angioplastia con balón de 6 mm sobre estenosis en origen de ACC.





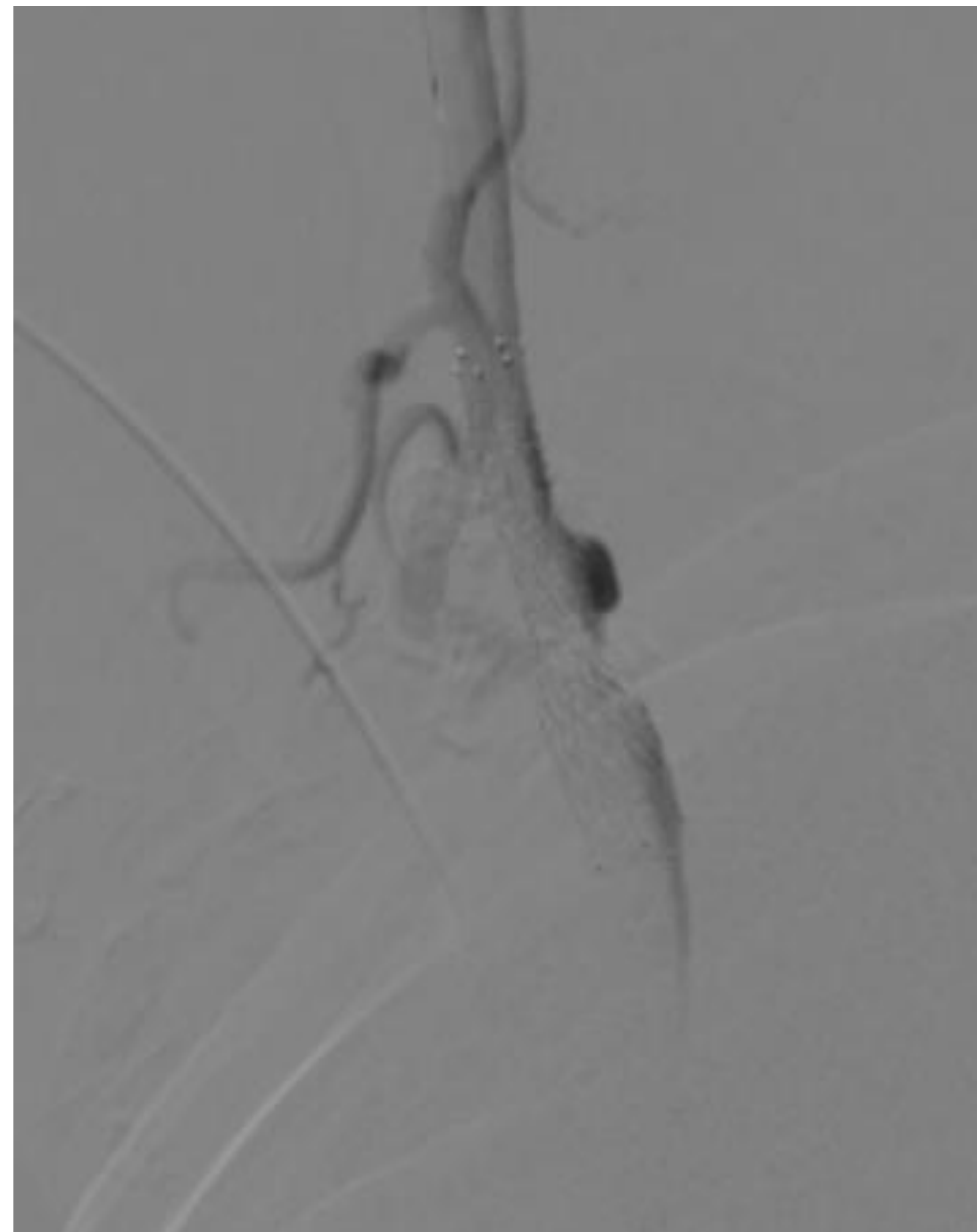
Progresamos introductor hasta bifurcación carotídea para realización de serie diagnóstica que nos confirma oclusión de ACI izquierda. Volvemos a realizar angioplastia con balón de 6 mm sobre ACI lo que nos permite avanzar el introductor, apreciando oclusión de M1 proximal izquierda.





Procedemos a trombectomía mecánica con técnica combinada (aspiración + stent retriever) obteniendo reperfusion TICl 3 a las 00:40h.





Ante los hallazgos angiográficos de ACI izquierda en serie de control tras trombectomía decidimos colocación de stent cónico de 10/7 x 40 mm, previa administración de bolo intravenoso de antiagregante plaquetario, con óptimos resultados finales.



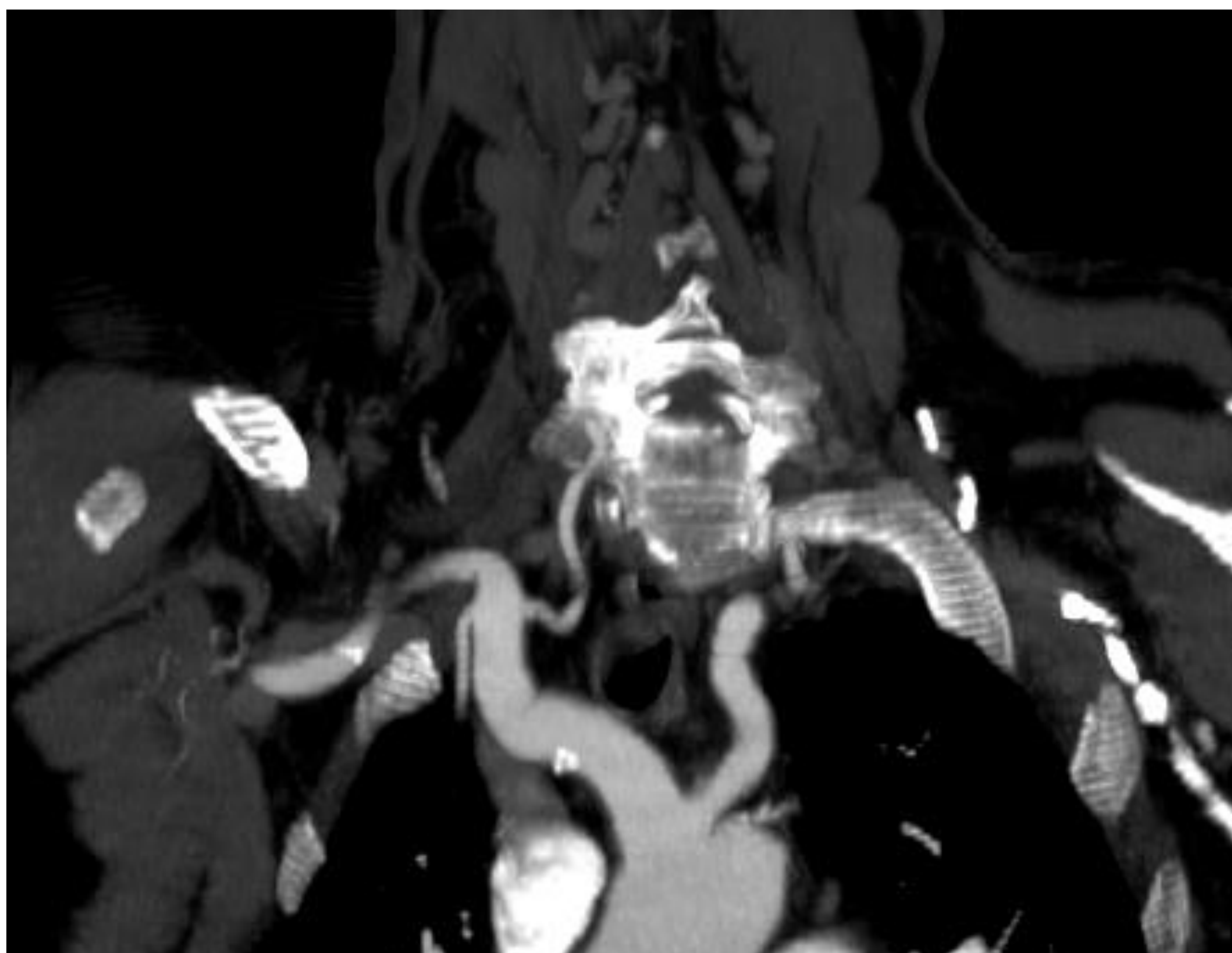
Mujer de 90 años. Ictus hemisférico izquierdo.

NIHSS 18 puntos. ASPECT 8.

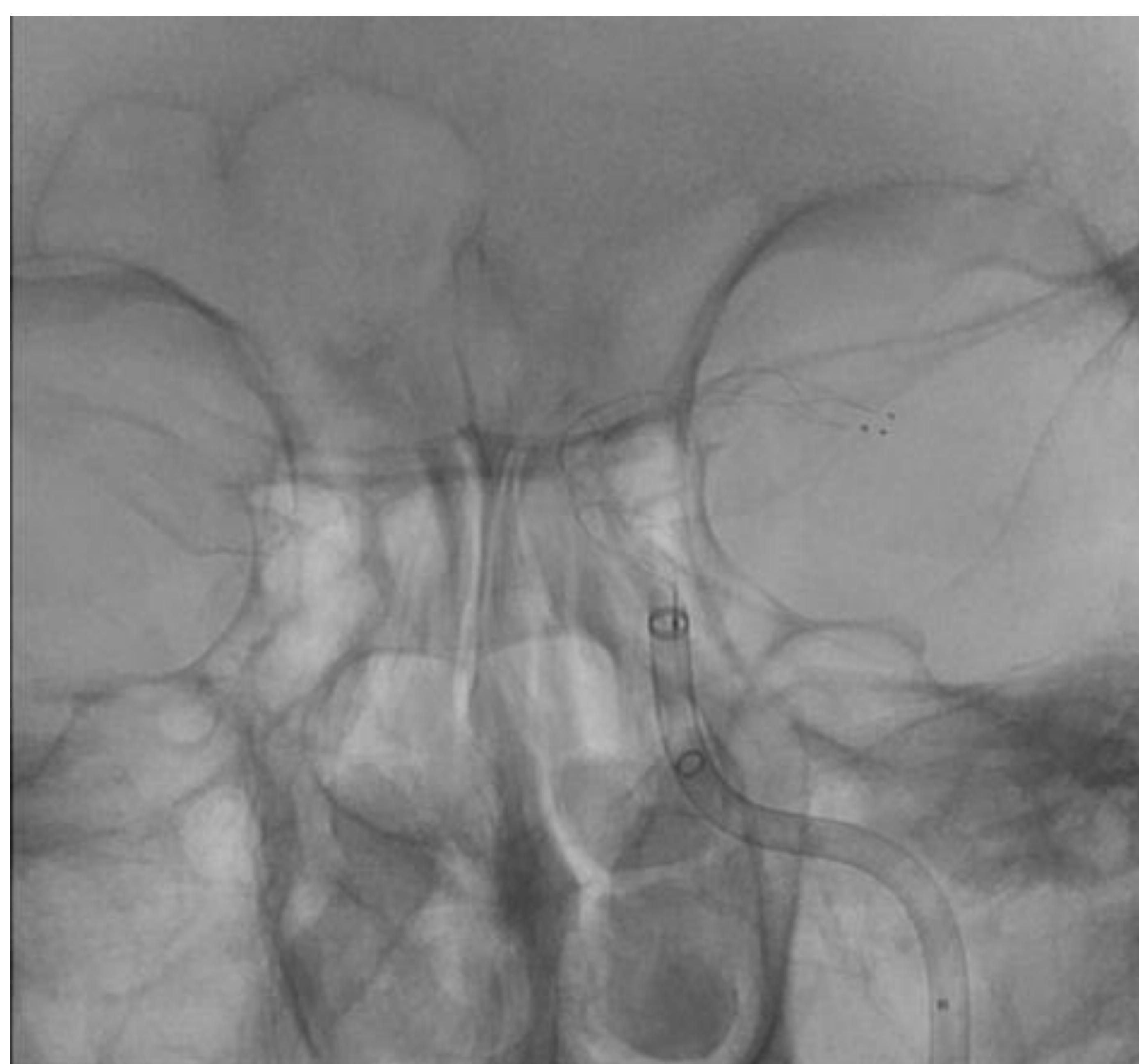
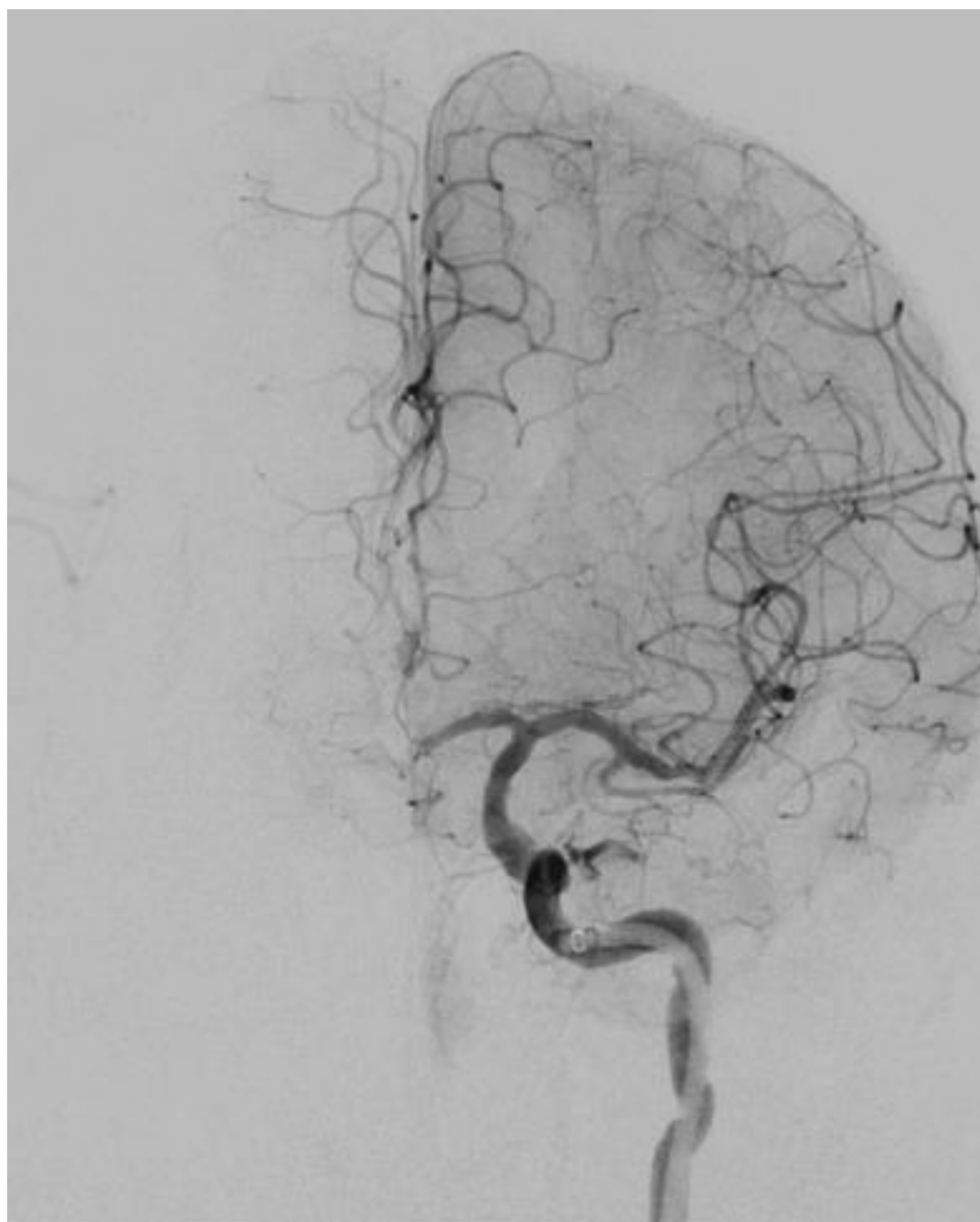
Oclusión de TICA izquierda.

Arco aórtico bovino como variante de la normalidad.

Acceso radial derecho 20: 22h, realizamos cateterización selectiva de ACI izquierda para avance de catéter introductor guía.







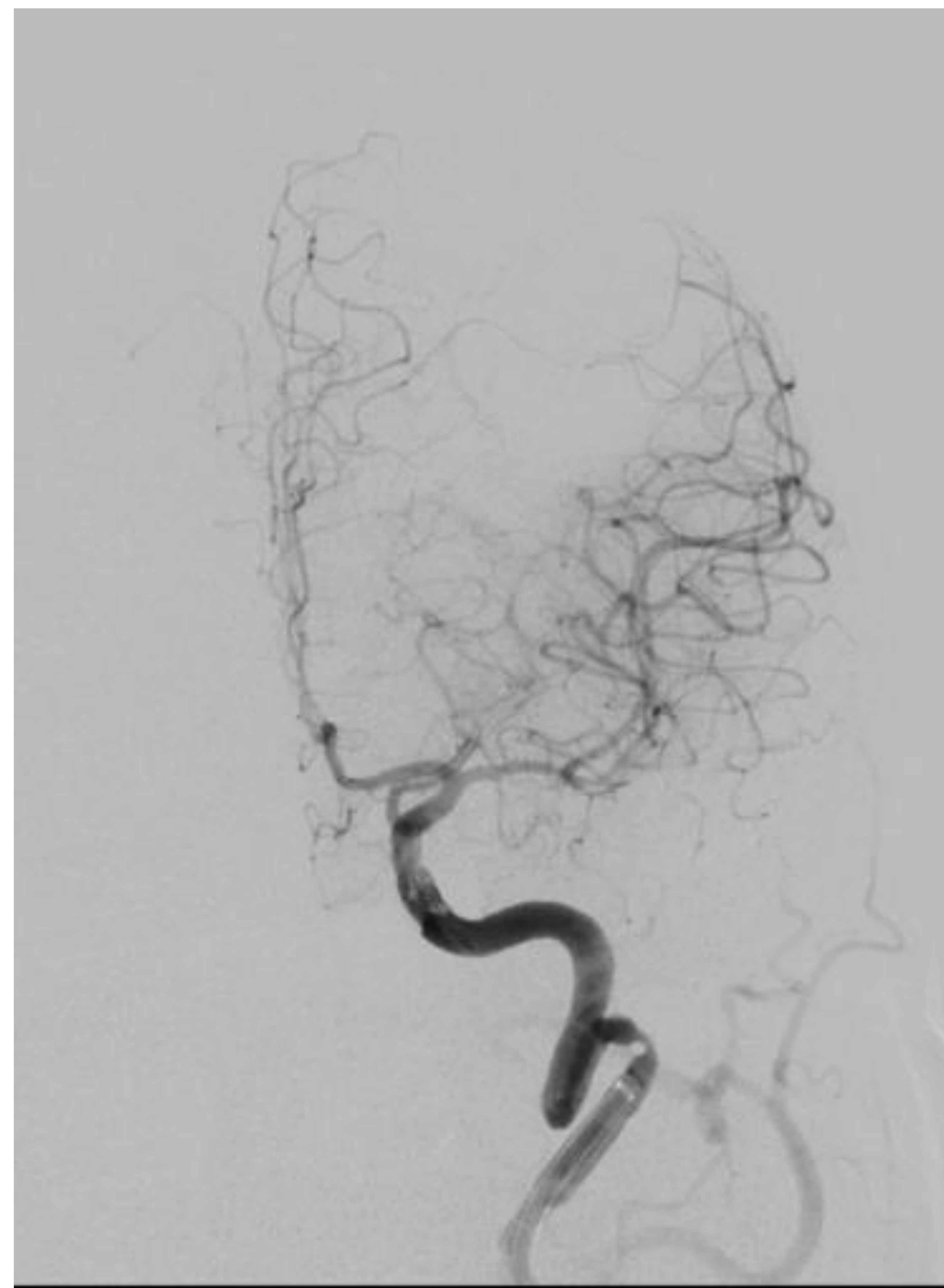
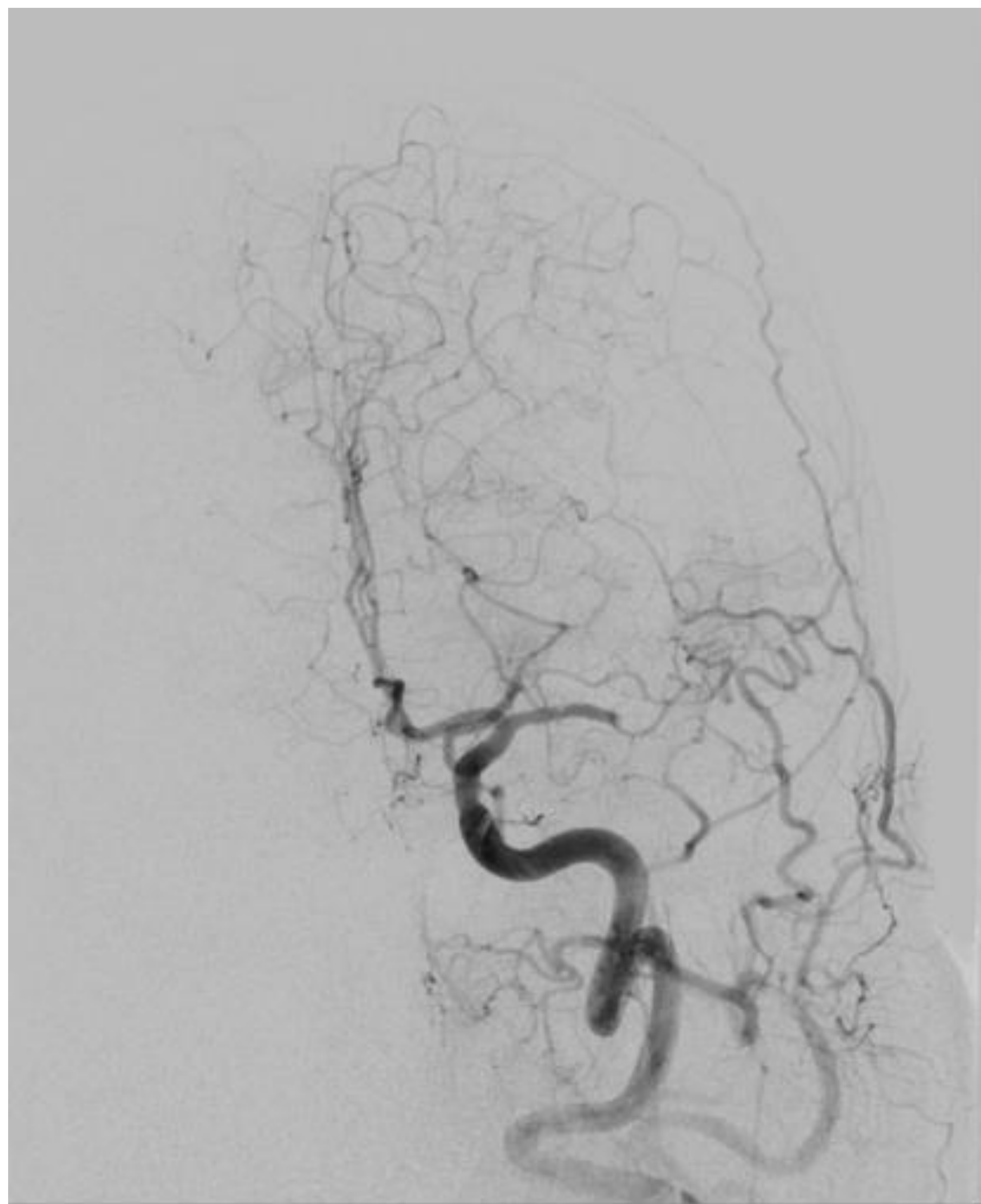
Procedemos a trombectomía mecánica con técnica combinada (aspiración + stent retriever) obteniendo reperfusion TICl 3 a las 21:10h.



Mujer de 66 años. Ictus hemisférico izquierdo.  
Inicio clínica de horario desconocido. NIHSS 17 puntos. ASPECT 7.  
Oclusión de segmento M1 izquierdo.  
Arco aórtico bovino como variante de la normalidad.







Acceso radial derecho 17: 30h, realizamos cateterización selectiva de ACI izquierda para avance de catéter introductor guía.  
Realizamos trombectomía mecánica con sistema de aspiración en un pase con revascularización del territorio ocluido a las 17:59h. TICI 3.



# CONCLUSIONES

En nuestra experiencia, consideramos el abordaje radial como un acceso alternativo al acceso femoral en la trombectomía mecánica intracraneal, así como de primera elección en determinadas anatomías vasculares.