

EXCLUSIÓN ENDOVASCULAR DE PSEUDOANEURISMA BILOBULADO INFRAPATELAR TRAS HERIDA POR PROYECTIL: REPARACIÓN CON STENT GRAFT RECUBIERTO DE PTFE

Autores: Cristiani, Jorge G.; Aymat, María R.; Soria, Tito; Pereyra, María A.; Baca, Mathias; Lobos, Patricio E.; Crucianelli, Macarena A.; De la Vega, Bibiana.; López, Rubén R.

INTRODUCCIÓN

Frecuencia y relevancia: Las lesiones vasculares traumáticas en extremidades representan 2–5% de los traumatismos mayores; en miembro inferior son frecuentes traumas por proyectil y se asocian a riesgo de isquemia, pérdida funcional y amputación si no se tratan oportunamente. El pseudoaneurisma postraumático constituye una complicación importante que puede provocar hemorragia, compresión local y trombosis distal.

Rol del tratamiento: El abordaje endovascular (embolización, stent-graft recubierto) ha emergido como alternativa eficaz a la reparación abierta en lesiones seleccionadas, ofreciendo control inmediato del saco aneurismático con menor morbilidad.

CASO CLÍNICO

Sexo: Masculino. **Edad:** 35 años.

Enfermedad actual: Traumatismo por herida de arma de fuego en región gemelar del miembro inferior izquierdo (06/2025). Inicialmente atendido con sutura y alta.

Evolución: Días después desarrolla cianosis, frialdad, dolor e impotencia funcional del pie, signos sugestivos de compromiso vascular distal.

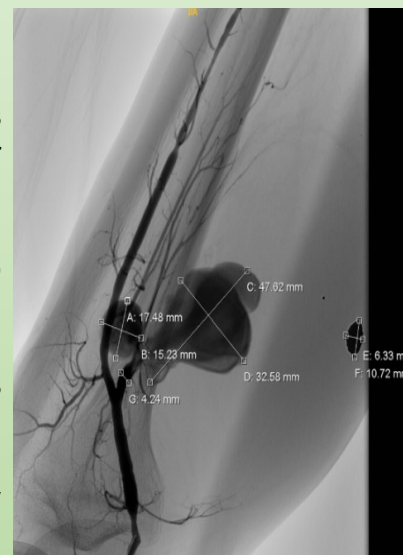
MÉTODOS COMPLEMENTARIOS

ECO-DOPPLER ARTERIAL

Arterias femorales y poplítea sin estenosis hemodinámicamente significativas. Arteria tibial anterior permeable; pseudoaneurisma proximal de 13×22 mm (boca 2–4 mm). Arteria tibial posterior con pseudoaneurisma de 34×36 mm (boca 8–10 mm); flujo distal disminuido y patrón monofásico a nivel maleolar.

ARTERIOGRAFÍA SELECTIVA

Confirmación anatómica de dos sacos pseudoaneurismáticos infrapatelares; oclusión completa de arteria tibial posterior con perfusión colateral distal principalmente desde la arteria peronea. Arterias ilíacas y femorales sin lesiones significativas.



DISCUSIÓN

Fisiopatología y riesgo: El proyectil produce lesión de la pared arterial que puede evolucionar a pseudoaneurisma bilobulado y/o trombosis oclusiva. La oclusión de la tibial posterior incrementa la dependencia de la peronea para perfusión distal, condicionando riesgo isquémico.

Justificación del tratamiento endovascular: En lesiones infrapatelares con pseudoaneurisma y en pacientes con anatomía y condición que permiten sellado, el stent-graft recubierto de PTFE ofrece exclusión rápida del saco, control del sangrado y preservación del flujo. Se implantaron tres stents PTFE para cubrir el pseudoaneurisma bilobulado en el tronco tibioperoneo, con resolución clínica inmediata.

Ventajas: Menor morbilidad y recuperación más rápida que cirugía abierta; útil en pacientes politraumatizados o de alto riesgo.

Limitaciones: necesidad de landing zones adecuadas, calibre arterial suficiente y mayor riesgo de infección en heridas contaminadas.

Complicaciones: trombosis del stent, migración, reestenosis e infección del dispositivo.

Enfoque multidisciplinario: Coordinación entre vascular/intervencionista, ortopedia e intensivos para manejo de lesiones endovascular, tratamiento óseo/tejidos blandos y rehabilitación.

CONCLUSIÓN

El caso ilustra la eficacia del tratamiento endovascular con stent-graft PTFE para la exclusión de pseudoaneurisma traumático infrapatelar y la restauración de perfusión funcional, evitando una cirugía abierta de mayor morbilidad. La selección del paciente y la planificación imagenológica son claves.

Recomendaciones: Seguimiento estrecho con co-Doppler seriado y/o angio-TC; manejo antitrombótico post-implante según protocolos; atención multidisciplinaria para optimizar resultados y reducir riesgo de amputación.

