



Editorial

Embolismo pulmonar iatrogénico. Nuevos aspectos

Iatrogenic Pulmonary Embolism. New Aspects



Los embolismos pulmonares iatrogénicos son complicaciones aisladas producidas habitualmente de forma accidental como consecuencia de la migración de materiales de uso médico hacia la vasculatura pulmonar. Los dispositivos que los producen con mayor frecuencia suelen ser los catéteres venosos centrales (CVC) durante un procedimiento endovascular^{1,2}.

En la actualidad, el número de procedimientos endovasculares diagnósticos y terapéuticos se ha incrementado de forma sustancial y, consecuentemente, también la utilización de materiales y dispositivos médicos, lo que contribuye a aumentar el riesgo de embolismos pulmonares. Están descritos embolismos asociados con diversos procedimientos: cementaciones vertebrales, *coils*, implante de sustancias con objetivos estéticos o accidentales, los más frecuentes son fragmentos de las líneas centrales o CVC, así como fragmentos de guías y catéteres durante un procedimiento endovascular^{3–12}. Cuando se detecta la pérdida o la migración de un dispositivo, se puede intentar su recuperación mediante alguna de las múltiples técnicas de que se dispone en la actualidad: catéteres, lazos y otros sistemas para rescatar cuerpos extraños¹. Los más frecuentemente utilizados son los sistemas compuestos por un catéter, a través del cual se introduce una guía que forma un lazo en su extremo distal¹.

Las nuevas estrategias sociales de registro de datos están llevando a la implantación de materiales en el interior del cuerpo. Estos dispositivos funcionan comunicándose con otros sistemas externos como, por ejemplo, el teléfono. Su cometido fundamental es servir de almacenamiento de información de forma segura y fácilmente accesible desde el exterior, con base en la tecnología «near field communication» (NFC), un sistema similar al de las tarjetas bancarias, por lo que no necesitan batería para alimentarse.

Tanto estos dispositivos como los sensores biointegrados presentan grandes posibilidades de futuro desde múltiples puntos de vista^{13,14}. En el caso de los biosensores, están siendo objeto de interés de diversos campos científicos, en concreto, en la medicina, pues están siendo estudiados para generar, transmitir y procesar señales biológicas, como: presión arterial, pulso, frecuencia cardíaca, nivel de glucosa en sangre o señales respiratorias¹⁴.

El implante de un dispositivo percutáneo se realiza a través de un introductor metálico de cierto grosor en el dorso de la mano (tabaquera anatómica), entre el primer y segundo metacarpiano. El objetivo es la implantación de una cápsula de aproximadamente 12 x 3 mm (9 gauge), de forma cilíndrica, que quedaría alojada en el espesor o bajo el tejido celular subcutáneo, cuya finalidad sería

tanto el registro de datos como el almacenamiento y transmisión de estos a dispositivos externos de una forma segura y fácilmente accesible.

En una publicación reciente¹⁵, se describe el implante de un sistema de este estilo, que al perder la comunicación con el exterior, se pensó en la posibilidad de una migración del implante, localizándose finalmente en la arteria pulmonar. Nos encontramos frente a una nueva forma de embolismo pulmonar por un dispositivo de registro/almacenamiento de datos, diferente a las ya conocidas.

Teniendo en cuenta que el drenaje venoso dorsal de la mano se produce a través de las venas dorsales que confluyen en la vena céfalica con un trayecto eminentemente caudocraneal, no sería descartable que en el caso descrito el implante se hubiese posicionado paralelo al trayecto de la vena céfalica, integrándose en el caudal venoso, facilitando su migración proximal hacia la arteria pulmonar.

En la *fig. 1* se puede observar el tamaño de la vena céfalica y la arteria radial, a nivel de la teórica región anatómica del implante, en un varón joven que hemos tomado como ejemplo. Como se puede observar, tanto el tamaño de la arteria como el de la vena no son desdeñables y fácilmente objetivables con ecografía. Esta es una prueba evidente de los potenciales riesgos que suponen estos implantes, tanto el hecho de quedar alojados intravenosos y generar una migración proximal, como provocar complicaciones locales como hemorragia o hematoma por afectación venosa, menos probable al tener poca presión, o arterial, más probable al tratarse de un circuito de alta presión.

Los embolismos pulmonares son frecuentemente difíciles de diagnosticar debido a su variada presentación clínica, la distinta naturaleza del material embolizado, como pegamentos o *coils*, que constituyen una fuente importante de materiales migrados y la diversidad de los signos radiológicos que generan⁸. Ante la presumible proliferación del uso de este tipo de dispositivos, es probable que se produzca un aumento en el número de casos de embolismos pulmonares derivados de su técnica de implante. Esta debería realizarse bajo supervisión médica y asociar un mecanismo de comprobación de la ubicación extravascular del extremo distal del introductor metálico antes de la liberación del dispositivo, incluyendo la visualización en tiempo real con ultrasonidos. El control mediante ecografía puede no ser sencillo, dada la escasa presión que mantiene el sistema venoso, si no se realiza una compresión proximal. Como se puede apreciar en la *fig. 1*, obtenida con compresión,

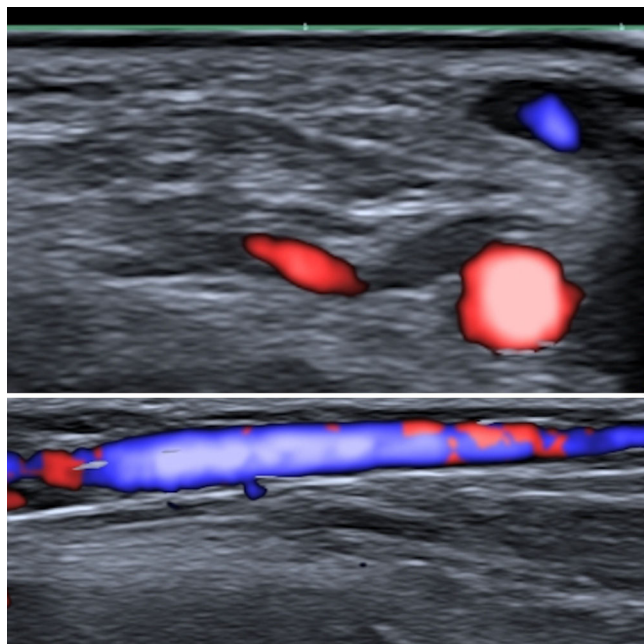


Figura 1. En la imagen superior, ecografía Doppler color en corte axial de la vena cefálica, parcialmente rellena de color azul y de la arteria radial, con color rojo. En la imagen inferior, corte longitudinal de la vena cefálica.

tanto la vena como la arteria son fácilmente objetivables. De esta forma, se podría asegurar que el dispositivo no se aloja intravascular, ni se lesiona el lecho vascular, lo que sin duda aumentaría la complejidad del implante, pero sobre todo su seguridad. Otra alternativa sería realizar el implante con una disposición latero-lateral, ya que de esta forma no seguiría el eje mayor de la vena cefálica y sería menos probable que quedara alojado intravascular, reduciendo o minimizando sustancialmente el riesgo de embolización proximal pulmonar.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Rief P, Belaj K, Smaczny N, Augustin M, Eller P, Brodmann M, et al. Foreign body pulmonary embolism. *Wien Klin Wochenschr.* 2013;125:337–8.
2. Carroll MI, Ahanchi SS, Kim JH, Panneton JM. Endovascular foreign body retrieval. *J Vasc Surg.* 2013;57:459–63.
3. Floridi C, Nocchi-Cardim L, De Chiara M, Ierardi AM, Carrafiello G. Intravascular Foreign Bodies: What the radiologist Needs to Know. *Semin Ultrasound CT MR.* 2014;36:73–9.
4. Bejarano A, Bautista DF, Sua LF, Pérez B, Lores J, Aguirre M, Fernández-Trujillo L, et al. Acute pneumonitis and diffuse alveolar hemorrhage secondary to silicone embolism: A case report. *Medicine (Baltimore).* 2020;99:e20578, <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000020578>. PMID: 32541486; PMCID: PMC7302641.
5. Jilani N, Shabbir J, Nemytova E. Liquid Silicone-Induced Extensive and Debilitating Granulomatosis Responding to Hydroxychloroquine. *Case Rep Rheumatol.* 2019; <http://dx.doi.org/10.1155/2019/8173790>.
6. Wills S, Byard RW. Lethal silicone embolization syndrome complicating penile, scrotal and breast self-augmentation. *Forensic Sci Med Pathol.* 2019;15:304–8.
7. Singarajah A, Wang A, Sayegh J, Vilke GM, Quenzer FC. «Botched»: A Case Report of Silicone Embolism Syndrome After Penile and Scrotal Injection. *Clin Pract Cases Emerg Med.* 2020;4:595–8.
8. Ciarrocchi AP, Parisi AM, Campisi A, Mazzarra S, Argnani D, Congiu S, et al. A strange case of foreign body embolism in the right lower pulmonary artery. *Gen Thorac Cardiovasc Surg.* 2021;69:894–6.
9. Zohra A, Gonlugur U. Cement pulmonary embolism due to percutaneous vertebroplasty. *Curr Med Imaging.* 2021;17:559–561, <http://dx.doi.org/10.2174/1573405616666200923161922>.
10. Lebon M, Ancey Y, Boccar F, Cohen A. Foreign body causing superficial venous thrombosis and subsequent pulmonary embolism: a case report. *Eur Heart J Case Rep.* 2018;23:yyt125.
11. Cordova A, Alfageme I. Foreign-body pulmonary embolism. *Arch Bronconeumol.* 2014;50:123.
12. Rossi HG, Rollandi GA, Ierardi AM, Valdata A, Pinna AF, Pescatori LC, et al. Materials and techniques for percutaneous retrieval of intravascular foreign bodies. *J Vasc Access.* 2019;20:87–94.
13. Haleem A, Javaid M, Pratap Singh R, Suman R, Rab S. Biosensors applications in medical field: A brief review. *Sensors International.* 2021;2, <http://dx.doi.org/10.1016/j.sintl.2021.100100>.
14. Rodrigues D, Barbosa AI, Rebelo R, Kwon IK, Reis RL, Correlo VM. Skin-Integrated Wearable Systems and Implantable Biosensors: A Comprehensive Review. *Biosensors (Basel).* 2020;10:79, <http://dx.doi.org/10.3390/bios10070079>.
15. Dall'Acqua TA, Marchiori E, Rodrigues RS. Pulmonary Embolism Caused by a Migrated Biochip: An Alert for the Future. *Arch Bronconeumol (Engl Ed).* *Arch Bronconeumol.* 2021;57:704.

José Martín Carreira Villamor^{a,b,*},
Enrique Flores Ríos^a y Rafael Varela Ponte^a

^a Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España

^b Radiología, Facultad de Medicina, Universidad Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: josemartin.carreira@usc.es
(J.M. Carreira Villamor).