

Bucle sintomático y aneurisma de arteria carótida interna extracraneal

Symptomatic loop and extracranial internal carotid artery aneurysm

Emiliano Cano Trigueros,^I Romina Díaz Serrano^{II}

^I Hospital Universitario Morales Meseguer. Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Murcia. Murcia, España.

^{II} Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia, España.

RESUMEN

Los aneurismas de arteria carótida interna son una entidad infrecuente, pero de gran importancia por sus potenciales complicaciones, como embolización, ruptura, compresión estructuras adyacentes y otras. Su también rara asociación con bucle o lazo de 360° de la arteria carótida interna a dicho nivel, aumenta el riesgo de accidentes cerebrovasculares, y por tanto necesario su tratamiento específico. Se presenta el caso clínico de una paciente de 71 años con bucle sintomático y aneurisma sacular de arteria carótida interna sometidos a tratamiento quirúrgico. Se realizó disección y resección del aneurisma y del bucle carotideo con anastomosis término-terminal de la arteria carótida interna. No hubo complicaciones. Fue dada de alta con antiagregación oral y a los tres años de evolución se mantiene asintomática.

Palabras clave: Carótida; aneurisma; arteria carótida interna; bucle carotideo; tratamiento quirúrgico.

ABSTRACT

The internal carotid artery aneurysms are an infrequent condition of great importance because of their potential complications such as embolization, rupture, and compression of adjacent structures and others. The rare association of

aneurysms with the 360° loop of the internal carotid artery at that level increases the risk of strokes and therefore, their specific treatment is required. This is a 71 years-old female patient who presented with symptomatic loop and secular aneurysm in the internal carotid artery, which had been operated on. Dissection and resection of the carotid aneurysm and loop was made using termino-terminal anastomosis of the internal carotid artery. There were no complications. She was discharged from hospital with an oral anti-aggregate treatment and after three years, she remains asymptomatic.

Keywords: carotid, aneurysm, internal carotid artery; carotid loop; surgical treatment.

INTRODUCCIÓN

Los aneurismas de la arteria carótida interna extracraneal son una entidad infrecuente, representando el 0,4-1 % de todos los aneurismas arteriales.¹ Los lazos de 360° o bucles de dicha arteria pueden ser congénitos o adquiridos, siendo asintomáticos en la mayoría de los pacientes.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Presentamos el inusual caso de una paciente con arteria carótida interna extracraneal y bucle de la misma con sintomatología neurológica no focal, tratada quirúrgicamente con éxito. Se trata de una paciente de 71 años que acude a nuestra consulta externa por masa pulsátil latero-cervical derecha y mareos posturales (giro de cabeza) de años de evolución. Sin antecedentes de traumatismos, cirugías del cuello, signos de infección o radioterapia, destacaba como factor de riesgo estar diagnosticada de hipertensión arterial (HTA) desde hacía años.

En la exploración física se objetivó la masa pulsátil latero-cervical derecha, así como mareos con la rotación provocada de la cabeza. La ecografía-doppler demostró un aneurisma o pseudo-aneurisma de arteria carótida interna de 2,7 cm, sin trombo, y un acodamiento de la misma.

En el angio-TAC de troncos supra-aórticos se observó un aneurisma de la arteria carótida interna extracraneal sacular parcialmente calcificado de 2,9 cm de diámetro máximo y bucle concomitante de donde se origina el aneurisma (Figs. 1 y 2). Se descartó la afectación bilateral tanto del aneurisma como del bucle, así como la existencia de aneurismas en otras localizaciones.

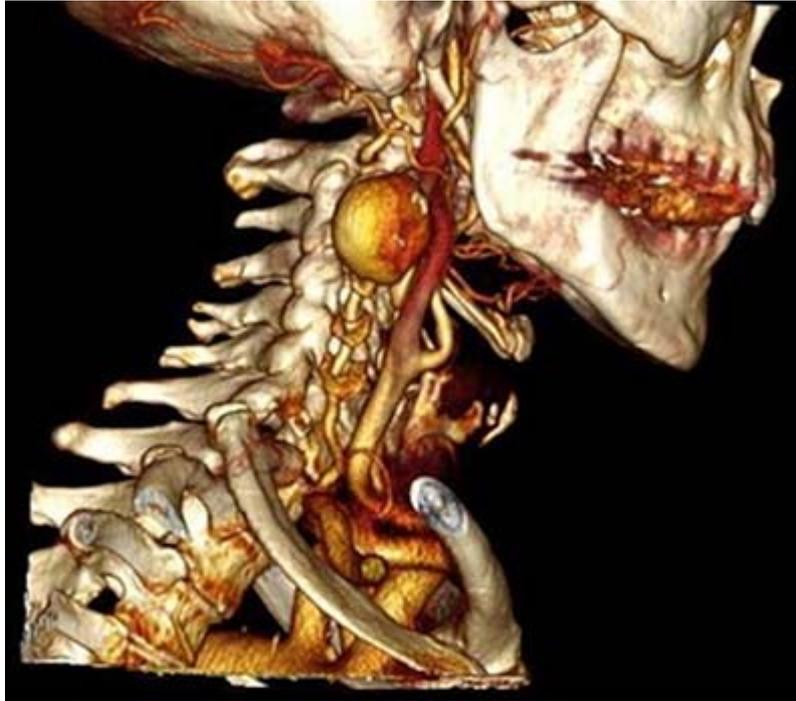


Fig. 1. AngioTAC. Bucle y aneurisma sacular de arteria carótida interna derecha (foto de los autores).

Conducta médica seguida

Se indicó tratamiento quirúrgico, y bajo anestesia general se realizó disección muy cuidadosa y resección del aneurisma y del bucle carotideo con anastomosis término-terminal de la arteria carótida interna. Se realizó heparinización sistémica, no fue necesario el uso de shunt. No hubo complicaciones y la fue dada de alta con antiagregación. Los estudios microbiológicos del aneurisma fueron negativos y la anatomía patológica informó de pared arterial ateromatosa con calcificaciones. A los tres años de evolución la paciente se encuentra asintomática, con ecografía-doppler carotidea normal.



Fig. 2. AngioTAC cervical. Detalle del bucle y aneurisma de arteria carótida interna (foto de los autores).

DISCUSIÓN

Los aneurismas de arteria carótida interna extracraneal se definen como el aumento del 50 % o más del diámetro normal de la arteria, siendo de 5,5-9,9 mm en el hombre y de 4,9-9,2 mm en la mujer.¹ La mayoría son de etiologías arterioesclerótica (70 %), más frecuentes en el hombre, fusiformes y de localización en el origen de la arteria.²

Es importante la histología para el diagnóstico diferencial con el pseudoaneurisma carotideo, siendo, como en nuestro caso, confirmación de aneurisma verdadero la etiología ateromatosa del mismo. Suelen ser asintomáticos o presentarse como masa pulsátil, y deben ser tratados quirúrgicamente por su alto riesgo de complicaciones, tanto neurológicas por trombosis o embolización, como por compresión de estructuras vecinas o hemorragia por ruptura.^{3,4}

Las elongaciones, acodaduras o bucles de la arteria carótida interna pueden ser congénitos o adquiridos, normalmente cursan asintomáticos y pueden en algunos casos ocasionar sintomatología neurológica isquémica focal o no focal (vértigos, mareos). No suelen ser de indicación quirúrgica dado el pequeño porcentaje de pacientes con síntomas.⁵

La asociación de mareos con giros y flexo-extensiones de la cabeza se ha descrito como un rasgo peculiar de las acodaduras y bucles carotídeos y es un diagnóstico diferencial a tener en cuenta cuando se presenta esta sintomatología.⁶

En nuestro caso los mareos de la paciente al girar el cuello, junto con el tamaño del aneurisma nos hizo optar por el tratamiento quirúrgico abierto para prevenir complicaciones y aliviar los síntomas, a pesar de ser técnicamente complejo y con morbilidad. No se planteó tratamiento endovascular con endoprótesis dada la anatomía desfavorable por el bucle de la arteria, ni el tratamiento conservador del que se ha registrado una tasa de mortalidad del 71 % por las potenciales graves complicaciones del aneurisma.⁶

En los bucles y acodaduras de las pacientes hipertensas, se producen turbulencias y alteraciones de la pared arterial, que pueden ocasionar placas de aterosclerosis con su consiguiente ulceración o embolización.⁵

En el caso de la paciente descrita, pensamos que esas alteraciones hemodinámicas unidas a la hipertensión mantenida, podrían ser la causa de la ruptura y degeneración intimal, con la consecuente aparición y crecimiento del aneurisma.⁷

Los lazos de 360° o bucles (coils) suelen ser congénitos, más infrecuentes que las acodaduras (kinkings), y de evolución benigna, siendo de indicación quirúrgica cuando son sintomáticos o se asocian a lesiones estenosantes arterioesclerosas.^{5,8,9} En nuestro caso, la resección de bucle y aneurisma era la mejor opción, dada la anatomía.

Por todo ello remarcar que el aneurisma de arteria carótida interna extracraneal y su asociación a bucle de dicha arteria, es una entidad infrecuente, pero con potenciales y graves complicaciones. Y aunque es controvertido el tratamiento de las acodaduras y bucles, es importante tenerlos en cuenta en el diagnóstico diferencial de aquellas enfermedades que pueden ocasionar déficit neurológico.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no hay conflicto de intereses económicos, laborales, étnicos ni personales, relacionados con este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Johnston KW, Rutherford RB, Tilson MD, Shah DM, Hollier L, Stanley JC. Suggested standards for reporting on arterial aneurysms. *J Vasc Surg.* 1991; 13: 444-50.
2. Reslan OM, Ebaugh JL, Raffetto JD. Bilateral asymptomatic extracranial carotid artery aneurysms. *Ann Vasc Surg.* 2010; 24: 691.e11-16.
3. Garg K, Rockman CB, Lee V, Maldonado TS, Jacobowitz GR, Adelman MA, et al. Presentation and management of carotid artery aneurysms and pseudoaneurysms. *J Vasc Surg.* 2012; 55: 1618-22.

4. Skóra JP, Kurcz J, Korta K, Szyber P, Dorobisz TA, Dorobisz AT. Surgical management of extracranial carotid artery aneurysms. *Vasa*. [r1] 2016;45:223-8.
5. Masegosa JA, Mira F, Capilla MT, Gómez J, Chaves L. Bucles y Elongaciones de la arteria carótida interna. *Angiología*. 2004;56 (Supl 1):S313-S25.
6. Stanton PE Jr, McClusky DA Jr, Lamis PA. Hemodynamic assessment and surgical correction of kinking of the internal carotid artery. *Surgery*. 1978;84:793-802.
7. Cubillas H, Hernández I, Couto D, Moy JC, García R. Aneurisma verdadero de la arteria carótida interna extracraneal. *Angiología* 2010;62:160-1.
8. Perdue GD, Barreca JP, Smith RB, King OW. The significance of elongation and angulation of the carotid artery: A negative view. *Surgery*. 1975;77:45-52.
9. Ji-heng Hao, Li-yong Zhang, Kai Lin, Wei-dong Liu, Shi-gang Zhang, Ji-yue Wang, et al. Surgical Revascularization of Symptomatic kinking of the internal carotid artery. *Vasc Endovasc Sur*. 2016;50:470-4.

Recibido: 13 de octubre de 2016.

Aceptado: 26 de enero de 2017.

Emiliano Cano Trigueros. Servicio de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular, Hospital Universitario Morales Meseguer. Avda. Marqués de los Vélez s/n 30008. Murcia, España.
Correo electrónico: emilianocanotrigueros@gmail.com