

Aneurisma de la arteria carótida interna derecha

Aneurysm of the right internal carotid artery

María del Carmen Hondares Guzmán¹* <https://orcid.org/0000-0003-1469-6179>

Alejandro Hernández Seara¹ <http://orcid.org/0000-0002-8514-901X>

Héctor Viña Cisneros¹ <http://orcid.org/0000-0002-7035-1143>

*Autor para la correspondencia: maria.hondares@infomed.sld.cu

¹Instituto Nacional de Angiología y Cirugía Vascular. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: El aneurisma de la arteria carótida interna es una enfermedad muy poco frecuente. Sus complicaciones son muy graves si se tiene en cuenta la zona que irrigan estas arterias. Su incidencia es baja

Objetivo: Presentar las manifestaciones clínicas de esta enfermedad y el tratamiento realizado en el paciente.

Presentación del caso: paciente masculino de 58 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial y un aneurisma de la arteria carótida interna derecha desde hace cinco años; el cual aumentó su tamaño en los últimos seis meses. El diagnóstico fue confirmado por ecodoppler y angiotomografía. Se empleó el tratamiento quirúrgico convencional, la aneurismectomía e injerto por sustitución, con prótesis de politetrafluoroetileno sin complicaciones.

Conclusiones: El paciente evolucionó satisfactoriamente después de la cirugía, en la actualidad lleva tres meses intervenido sin complicaciones y mantiene el tratamiento con antiagregantes plaquetarios.

Palabras clave: arteria carótida; aneurisma; aneurismectomía.

ABSTRACT

Introduction: The aneurysm of the right internal carotid artery is a very rare disease. Its complications are very serious if we take into account the area that irrigates these arteries. The incidence of this disease is low.

Objective: To present the clinical manifestations of this disease and the surgical treatment used in this patient.

Presentation of the case: Male patient, 58 years old, with a history of arterial hypertension and presenting an aneurysm of the right internal carotid artery with five years of evolution. Such lump increased its size in the last six months; this was confirmed by ecodoppler and angiotomography, so he came to the consultation. The conventional surgical treatment was used: aneurysmectomy and grafting by substitution with polytetrafluoroethylene prosthesis without complications.

Conclusions: The patient developed successfully after surgery; he is currently evolving after three months of being operated on without complications and he keeps the treatment with antiplatelet agents.

Keywords: carotid artery; aneurysm; aneurysmectomy.

Recibido: 11/09/2019

Aceptado: 04/02/2020

Introducción

El aneurisma carotideo es una enfermedad en la que se tiene experiencia limitada en la mayoría de centros médicos a nivel mundial. Este tipo de aneurisma tiene una incidencia de 0,3 % de los aneurismas en general.⁽¹⁾

Se localizan principalmente en la carótida interna distal, carótida común, bulbo carotideo y carótida externa, por este orden. Los aneurismas de la arteria carótida interna (ACI) extracraneal, representan entre 1-37 intervenciones de cada 1000 cirugías realizadas en este territorio, en los centros de referencia.⁽²⁾

Tienen una etiología variada y además del arterioesclerótico se mencionan enfermedades congénitas de la pared arterial, como la displasia fibromuscular que afecta a menos de 1 % de la población.⁽³⁾ Es menos frecuente el origen infeccioso y los secundarios a enfermedades inflamatorias, como la arteritis de Takayasu.⁽⁴⁾

Muchos permanecen asintomáticos hasta que aparecen síntomas neurológicos isquémicos, por lo que es importante su detección y tratamiento precoz. Estos signos deficitarios neurológicos son derivados de episodios embólicos. La mayoría de las investigaciones publican dentro de los síntomas, el dolor cervical y episodios de isquemia cerebrovascular.⁽⁵⁾

Estos aneurismas se acompañan en ocasiones de dolencias arteriales, pudiendo ser lo mismo dolencias (bucles) que acodaduras (kinking); pueden ser congénitas o adquiridas e igualmente asintomáticos en la mayoría de los pacientes.⁽⁶⁾

Los aneurismas carotídeos requieren un tratamiento quirúrgico definitivo, más aún cuando adquiere grandes dimensiones y por sus complicaciones principalmente embólicas. El objetivo de este trabajo es mostrar esta enfermedad, sus manifestaciones clínicas y el tratamiento realizado.

Presentación del caso

Paciente masculino de 58 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial y presentar un aneurisma de la arteria carótida interna derecha hace cinco años, dicha tumoración aumentó su tamaño en los últimos seis meses por lo que acudió a nuestra consulta. Al examen físico se constató, en la región lateral derecha del cuello, una tumoración que late y se expande, de 4 cm de diámetro, sin dolor a la palpación, redondeada, de superficie lisa, con bordes bien definidos y a la auscultación no presentaba soplo.

En el ecodoppler color carotídeo se observó una dilatación de la arteria carótida interna de 3,5 cm de diámetro anteroposterior y 5,7 cm de diámetro transversal, sin trombo; no presentaba estenosis significativas en el sector carotídeo ni en el vertebro basilar.

La angiogramografía mostró la presencia de un aneurisma fusiforme hacia la porción distal de la arteria carótida interna derecha, además existían acodaduras en la carótida común (kinkings) y en el origen de la arteria carótida interna (Fig. 1).

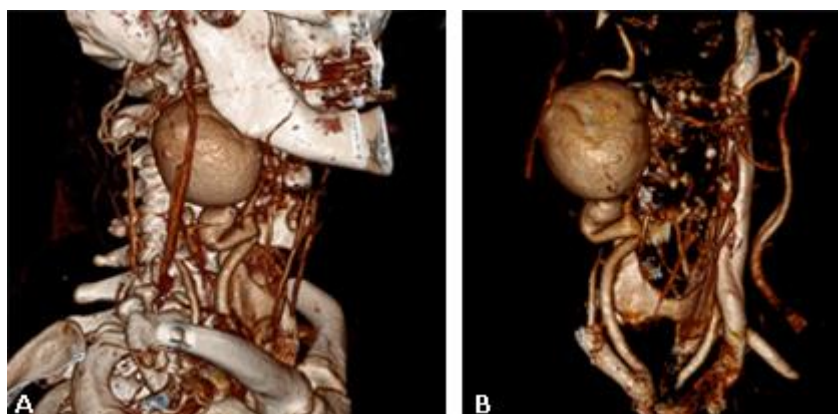


Fig. 1 - (A y B) Aneurisma de la arteria carótida interna derecha y acodadura de la carótida común e interna.

Conducta médica seguida

El tratamiento quirúrgico consistió en la aneurismectomía e injerto por sustitución del origen carótida interna a su porción distal, con prótesis de politetrafluoroetileno (PTFE) de 6 mm. Se encontró un aneurisma verdadero de aproximadamente 5 cm de la arteria carótida interna, sin trombo en su interior. No se empleó shunt, el clampeo fue de 12 minutos colocando clamp proximal y control distal con catéter Fogarty (Fig. 2). No hubo complicaciones en el postoperatorio.

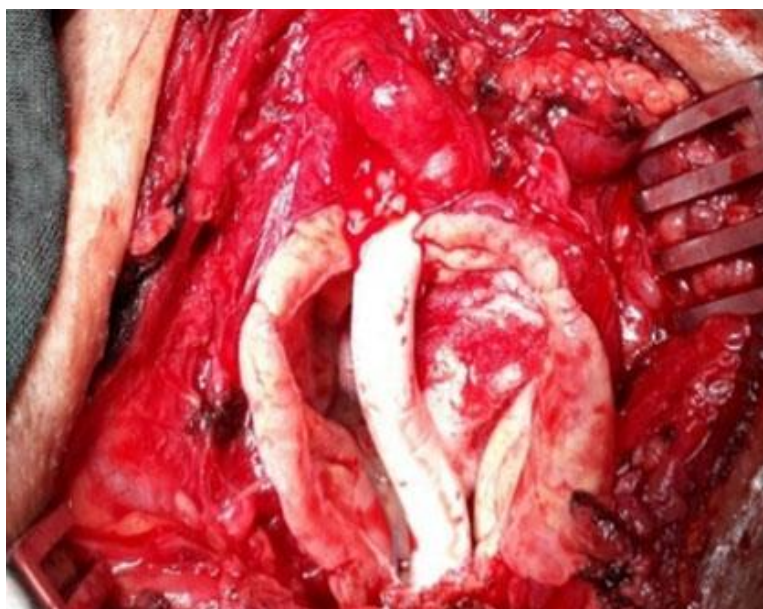


Fig. 2 - Apertura del saco aneurismático e injerto por sustitución con PTFE.

El paciente evolucionó satisfactoriamente después de la cirugía, en la actualidad lleva tres meses de haber sido intervenido sin complicaciones y mantiene el tratamiento con antiagregantes plaquetarios.

Discusión

En la mayoría de los estudios se notifican casos esporádicos de aneurismas en la arteria carótida interna y en algunas no se superan los 30 pacientes, con la peculiaridad de que en casi todos se enfatizan aspectos clínicos y terapéuticos muy concretos.^(2,4,5,7)

Una de las investigaciones más grande, fue publicada en 2015 por el grupo de la Clínica Mayo con 141 casos encontrados en 14 años. La mayoría fueron pseudoaneurismas (82 %) y el resto (18 %) fueron aneurismas verdaderos, la mitad eran asintomáticos. Para el manejo se usó: intervención con cirugía, endovascular y manejo no operatorio.⁽⁸⁾

Los bucles suelen ser más infrecuentes que las acodaduras y de evolución benigna, con indicación quirúrgica cuando son sintomáticos o se asocian a lesiones estenosantes arterioesclerosas.⁽⁹⁾ En el caso presentado, se realizó la resección del aneurisma, las acodaduras no demostraron sintomatología en el paciente ni estenosis significativas según ecodoppler. Los porcentajes registrados de anomalías de la carótida (acodaduras) varían de acuerdo con diferentes autores, con una frecuencia de hasta 20 %; sin embargo, los hallazgos de anormalidades oscilan entre 4 y 45 % en angiogramas solicitados; se estima que este porcentaje puede ser mayor, hasta 58 %.^(10,11)

Hay estudios que publican técnicas convencionales y endovasculares, aneurismectomía con cierre primario, uso de vena safena invertida y la opción endovascular mediante colocación de un *stent* cubierto para la exclusión del aneurisma.⁽¹²⁾

En nuestros pacientes la incidencia de estos aneurismas carotídeos es muy baja. Nuestro criterio es que la cirugía clásica se considera de primera elección y puede consistir en una resección del aneurisma y anastomosis extremo a extremo de la arteria carótida interna, una ligadura de la arteria misma o colocar un puente venoso o protésico, este último fue el que se realizó en este paciente.

Teniendo en cuenta como se manifestó esta entidad en nuestro paciente, por el aumento de volumen del aneurisma con la consecuente probabilidad de complicación como es la ruptura, tomamos la conducta descrita. Se realizó por tanto el tratamiento quirúrgico convencional porque además de ser el más usado, la arteria presentaba dolencias arteriales en dos sectores. A pesar de la ubicación del aneurisma se pudo restablecer la continuidad arterial con la aneurismectomía y anastomosis termino-terminal de la prótesis al extremo distal donde existía un calibre arterial adecuado. El paciente ha tenido una evolución satisfactoria hasta la actualidad y mantiene el tratamiento con antiagregantes plaquetarios

Referencias bibliográficas

1. Argilés Mattes N, Hernández-Osma E, Berga Fauria C, Sánchez Salvador V. Aneurisma de arteria carótida interna extracraneal. Una patología infrecuente de los troncos supra-aórticos. Rev Esp de Neurol. 2012;27:1-60.
2. Maldonado-Fernández N, Martínez Gámez FJ, Mata Campos JE, Sánchez Maestre ML, Lopez Arquillo I. Internal carotid artery aneurysm excluded with a covered stent. Rev Actual Med. 2014;99(793 Supl):7-9.
3. Surur A, Simonet MV, Marinelli P. Aneurisma de la arteria carótida interna extracraneal asociado a displasia fibro-muscular. Rev Argentina Radiol. 2017;81(1):51-3.
4. Gómez Garza G, Solórzano Morales S, Higuera Ortiz V. Aneurisma carotideo como presentación de Arteritis de Takayasu. Rev Cubana Reumatol. 2015 [acceso 03/06/2019];XVII(supl1):211-5. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcur/v17s1/rcur05s15.pdf>
5. Capdevila JM, Iborra E, Vila R. Aneurismas de carótida extracraneal. En: Estevan Solano JM, editor. Tratado de aneurismas. Barcelona: Edit Uriach;1997. p. 383-95.
6. Cano Trigueros E, Díaz Serrano R. Bucle sintomático y aneurisma de arteria carótida interna extracraneal. Rev Cubana Angiol Cir Vasc. 2017 [acceso 03/06/2018];18(2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ang/v18n2/ang07217.pdf>
7. Corteguera Torres D, Eliseo Mussenden O, Peguero Bringuez Y, García Lisame M, Díaz Hernández O. Aneurisma de la carótida extracraneal. Reporte de 2 casos. Rev Cubana Angiol

Cir Vasc. 2007 [acceso 10/06/2019];8:127-30. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/cgi-bin/wxis.exe/iah/>

8. Fankhauser GT, Stone WM, Fowl RJ, O'Donnell ME, Bower TC, Meyer FB, *et al.* Surgical and medical management of extracranial carotid artery aneurysms. J Vasc Sur. 2015;61(2):389-93.

9. Ji-Heng H, Li-Yong Z, Kai L, Wei-Dong L, Shi-Gang Z, Ji-Yue W, *et al.* Surgical revascularization of symptomatic kinking of the internal carotid artery. Vasc Endovasc Sur. 2016;50:470-4.

10. Moreno-Vargas HC. Resección de kinking carotideo sintomático. Rev Mex Angiol. 2018;46(1):24-8.

11. Radak D, Tanaskovic S, Kecmanovic V. Bilateral eagle syndrome with associated internal carotid artery kin-king and significant stenosis. Ann Vasc Surg. 2016;34:271.e15-8.

12. Talledo O, Mena MA, Durand W, Plaza F, de la Peña O, Torres L. Aneurismas de carótida extracraneal: técnicas quirúrgicas y endovasculares. A propósito de 4 casos. Lima. Rev Med Hered. 2017;28(4):47-53.

Conflicto de intereses

El autor declara que en este artículo no hay conflicto de intereses de ningún tipo (económico, laboral, étnico ni personal).

Declaración de contribución autoral

María del Carmen Hondares Guzmán: Realizó la recolección de datos y fotos, así como la presentación clínica del caso. Redactó la versión final para publicar.

Alejandro Hernández Seara: Contribuyó en la discusión del tratamiento quirúrgico en relación con la conducta tomada en otros estudios. Aprobó la versión final para publicar.

Héctor Viña Cisneros: Intervino en la revisión de la bibliografía, en la discusión del tratamiento definitivo del paciente. Aprobó la versión final para publicar.