

Carta al editor

El caso raro que presentó el Dr. Paipilla y cols.,¹ de un pseudoaneurisma infectado de carótida común en un paciente con antecedentes de abuso de drogas IV, tratado mediante reparación primaria de la misma, deja algunas dudas con respecto al manejo del mismo. No se especifica si la arteria carótida común derecha se encontraba permeable antes de la intervención y más importante aún, dada la localización de la lesión (en la bifurcación del tronco braquiocéfálico), no se reporta el estado de la arteria subclavia y carótida posterior a los puntos transfixiosos para control de la hemorragia.

De las herramientas con que cuenta un cirujano vascular ante la presencia de una infección de tal magnitud y del compromiso evidente de las estructuras adyacentes, la reparación primaria de una arteria infectada no es la mejor opción por el riesgo de trombosis, embolia distal, ruptura y formación de pseudoaneurisma.

El tratamiento, en caso de presentarse de forma urgente, debe ser individualizado y depende en gran parte de la presencia de un flujo colateral adecuado a los órganos distales a la lesión, ya que la ligadura y resección pueden provocar isquemia grave.

Cuando se involucra la aorta, vasos viscerales y cerebrales, generalmente se requiere resección y algún tipo de derivación, en estos casos se ha reportado el uso de injertos sintéticos, vena y arteria autóloga, aloinjertos y xenoinjertos, ya sea con reconstrucción *in situ* o derivaciones extra anatómicas con resultados variables.

En un reporte de Cheema y Shafique² nueve pseudoaneurismas femorales por inyección de drogas se trataron mediante ligadura proximal para control de la hemorragia, dos de los cuales requirieron una derivación extra anatómica por datos de isquemia aguda.

Leon y cols.,³ en una serie de 149 casos de pseudoaneurisma de arterias de extremidades superiores, concluyeron que la exclusión y reconstrucción temprana se asociaba con buenos pronósticos.

El manejo endovascular en casos de infección es controversial y en carótidas existen pocos reportes; Baril y cols.⁴ reportaron un caso de reparación mediante un Stent recubierto de un pseudoaneurisma infectado posterior a endarterectomía con buenos resultados.

Yasuda y cols.⁵ reportaron un caso de pseudoaneurisma post-EAC manejado mediante derivación carótida común-cerebral media con arteria radial y exclusión endovascular de la arteria carótida interna; Kaviani y Ouriel⁶ reportaron un caso de seu-

doaneurisma infectado posterior a angioplastia carotídea manejado mediante resección e interposición de vena safena de la carótida común a la interna con éxito.

En niños se han reportado algunos casos de pseudoaneurismas de carótida interna tratados exitosamente mediante oclusión endovascular de la carótida interna.^{7,8}

En casos en los que una infección requiere desbridación extensa que deja expuesta alguna arteria, injerto o Stent permeable, es indispensable la protección del mismo mediante tejido no infectado como músculo sartorio en caso de arteria femoral o rotación de pectoral en caso de arterias cervicales, lo cual debe realizarse en el mismo tiempo quirúrgico.^{9,10}

Dr. Carlos Mario Garcidueñas Briceño
Angiólogo y cirujano vascular

REFERENCIAS

1. Paipilla, et al. Ruptura de pseudoaneurisma de carótida común en un drogadicto. *Angiología* 2010; 38(4): 149-52.
2. Cheema MA, Shafique A. Presentation and management of pseudoaneurysms of femoral artery. *J Coll Physicians Surg Pak* 2005; 15(3): 162-4.
3. Leon LR, Psalms SB, Labropoulos N, Mills JL. Infected upper extremity aneurysms: a review. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2008; 35(3): 320-31.
4. Baril DT, Ellozy SH, Carroccio A, Patel AB, Lookstein RA, Marin ML. Endovascular repair of an infected carotid artery pseudoaneurysm. *J Vasc Surg* 2004; 40(5): 1024-7.
5. Yasuda H, Kuroda S, Ushikoshi S, Kato T, Houkin K, Iwasaki Y, Abe H. Combined surgical and endovascular treatment of infected pseudoaneurysm after carotid endarterectomy. Case report. *Neurol Med Chir* 2005; 45(1): 37-40.
6. Kaviani A, Ouriel K, Kashyap VS. Infected carotid pseudoaneurysm and carotid-cutaneous fistula as a late complication of carotid artery stenting. *J Vasc Surg* 2006; 43(2): 379-82.
7. Mordekar SR, Bradley PJ, Whitehouse WP, Goddard AJ. Occult carotid pseudoaneurysm following streptococcal throat infection. *J Paediatr Child Health* 2005; 41(12): 682-4.
8. Singh I, Meher R, Agarwal S, Raj A. Carotid artery erosion in a 4-year child. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2003; 67(9): 995-8.
9. Costanza M, Amankwah K, Gahtan V. Local tissue coverage for the management of exposed endografts. *Vascular* 2008; 16(1): 44-7.
10. Naughton PA, Garcia-Toca M, Rodriguez HE, Pearce WH, Eskandari MK, Morasch MD. Carotid artery reconstruction for infected carotid patches. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2010; 40(4): 492-8.