

# Caso clínico

Vol. 34, Núm. 2  
Abril-Junio 2006  
pp 79-81

## Aneurisma de arteria carótida interna. Reporte de un caso

Dr. Ricardo Lucio Gil,\* Dr. Jesús García Pérez,\*\*

Dr. Carlos Martínez López,\*\*\* Dr. José Manuel González Yáñez\*\*\*\*

### RESUMEN

Los aneurismas de carótida extracraneales son muy raros, la causa más común es la aterosclerosis; con menor frecuencia trauma, enfermedades del tejido conectivo e infecciones. Son más frecuentes en el sexo masculino. Afectan con más frecuencia la bifurcación de la carótida común. El riesgo de EVC (enfermedad vascular cerebral) es de 50%.

El tratamiento quirúrgico evita las complicaciones embólicas. Diversas técnicas incluyen reconstrucciones arteriales con injertos autólogos o sintéticos.

Reportamos el caso de una paciente de 75 años con factores de riesgo para enfermedad carotídea sometida a cirugía carotídea con hallazgo de aneurisma de arteria carótida interna, dolicidad de 90 grados y placa complicada. Se le realizó resección de segmento aneurismático y anastomosis terminoterminal.

**Palabras clave:** Aneurisma, arteria carótida interna, AIT (ataque isquémico transitorio).

### ABSTRACT

*The extracranial carotid aneurysms are very rare. Atherosclerosis is the most common etiology, in lesser frequency: trauma, connective tissue diseases and infections. They're more frequent in males. They affect the carotid bifurcation with more frequency. Ictus risk 50%. Surgical treatment avoids embolic complications. Several techniques include arterial reconstructions with autogenous or synthetic grafts.*

*We report a 75-year-old female patient's case, with risk factors for carotid disease submitted to carotid surgery and finding an internal carotid artery aneurysm, 90 degrees dolicity kink and complicated plaque. We carried out aneurysmatic segment resection and end-to-end anastomosis.*

**Key words:** Aneurysm, internal carotid artery, transient ischemic attack.

### SUMARIO CLÍNICO

Paciente femenina de 75 años, diabética de 40 años de evolución, manejada con hipoglucemiantes orales, hipertensa controlada con IECA durante el mismo tiempo de evolución, es alérgica a la penicilina.

Postoperatoria de apendicectomía hace 50 años, niega traumáticos, otras hospitalizaciones, no tabaquismo.

Su padecimiento lo inició hace dos años con ataque de isquemia transitorio manifestado por paresias y parestesias de hemicuerpo derecho; a su

\* Médico Residente de 3er año. Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Centro Médico Nacional Siglo XXI "Bernardo Sepúlveda", IMSS. México, D.F.

\*\* Médico de Base. Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Centro Médico Nacional Siglo XXI "Bernardo Sepúlveda", IMSS. México, D.F.

\*\*\* Médico Jefe de Servicio. Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Centro Médico Nacional Siglo XXI "Bernardo Sepúlveda", IMSS. México, D.F.

\*\*\*\* Médico Ex Residente. Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Centro Médico Nacional Siglo XXI "Bernardo Sepúlveda," IMSS. México, D.F.

vez, eventualmente pérdida del estado de alerta con recuperación *ad integrum* en pocos minutos sin secuelas, niega amaurosis fugaz, así como convulsiones.

En la exploración física a su ingreso se le encuentra con pulsos carotídeos 3/3 sin soplos ni *thrill*, tampoco soplos supraclaviculares, cuello de características normales, ruidos cardiacos rítmicos sin agregados, examen cardiopulmonar sin compromiso, en abdomen peristaltismo presente, ninguna irritación peritoneal, ni masas pulsátiles. Pulsos de extremidades superiores íntegros; extremidades inferiores, con pulsos femorales, poplíticos y distales 3/3 sin datos de actividad flebítica ni trombótica.

El ultrasonido Doppler carotídeo mostró dolicidad de la carótida interna izquierda con placa complicada en el bulbo con reprecisión hemodinámica; para el lado derecho se le encuentra con placa de 30% de estenosis sin complicaciones (Figura 1).

#### Riesgo quirúrgico ASA II y Goldman I

La paciente fue intervenida quirúrgicamente con endarterectomía carotídea izquierda por eversión, resección de arteria carótida interna izquierda, ligadura de carótida externa izquierda y anastomosis terminoterminal de carótida externa a carótida interna (Figuras 2 y 3), con los hallazgos de placa complicada tipo B en bulbo carotídeo y hacia carótida externa e interna, dolicidad de 90 grados de carótida interna izquierda, aneurismas múltiples en arteria carótida izquierda (Figuras 4 y 5). Estenosis de 50%, tiempo de pinzamiento carotídeo de 32 minutos.

Egreso satisfactorio a las 24 hrs. de postoperatoria, neurológicamente íntegra.

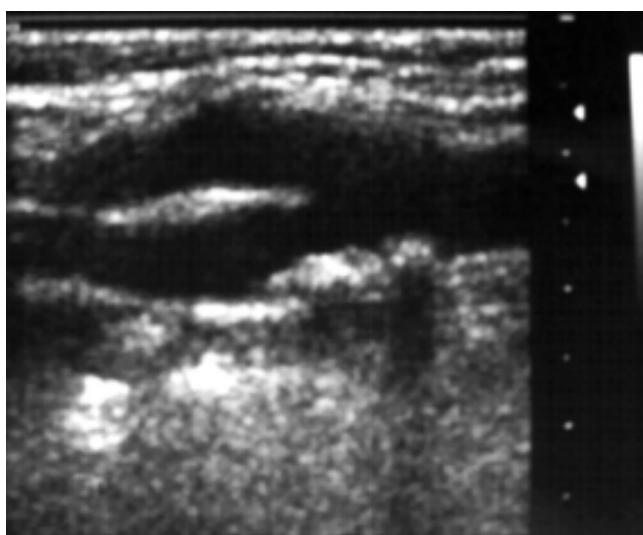


Figura 1. Ultrasonido Doppler carotídeo.



Figura 2. Aneurisma y dolicidad de 90 grados de carótida interna.

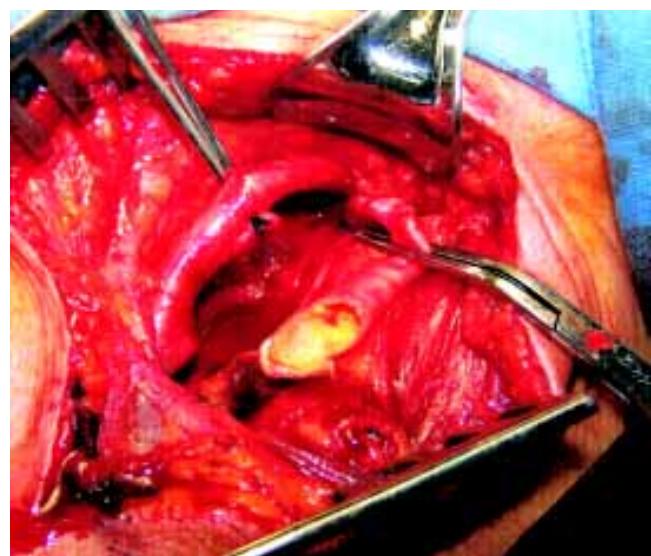


Figura 3. Transposición de carótida interna.

#### REVISIÓN

Los aneurismas de carótida extracraneales son muy raros, además son de gran interés ya que tienen diversas etiologías y representan retos diagnósticos y terapéuticos, principalmente si éstos se encuentran a nivel de la base del cráneo. Sin embargo, la cirugía continúa teniendo un papel primario en el tratamiento de esta entidad; se reportan 0.1 a 2% de todos los procedimientos carotídeos. La causa más común es la aterosclerosis en 42%, la cual se encontró en pacientes con edades entre 50 y 70 años en una proporción de sexo 1.9:1 masculino y femenino, respectivamente.<sup>1</sup> La bifurcación de la carótida común es la que afecta con mayor frecuencia.<sup>2</sup> Los síntomas son AIT, disfunción de nervio craneal



**Figura 4.** Segmento aneurismático de carótida interna.



**Figura 5.** Vista anteroposterior de segmento aneurismático y dólico.

o expansión local. Se relaciona con enfermedad coronaria en 48% e hipertensión arterial en 20 a 45%. El riesgo de EVC de un aneurisma carotídeo es tan alto como 50%. La etiología por trauma se reporta en 13.78%, y cuyos mecanismos de formación son por hiperextensión y rotación de la cabeza; así como por el aumento en los abordajes yugulares para colocación de catéteres. Su relación con el embarazo es aún más rara; sin embargo más de 50% de los aneurismas en mujeres menores de 40 años se relacionan con embarazo.<sup>3</sup> Además, se ha reportado en pacientes con arteritis de Takayasu, lo cual es extremadamente raro, pues no se reporta incidencia mundial.<sup>4</sup> Se han descrito algunas otras enfermedades como la neurofibromatosis, en la cual

hay adelgazamiento de la íntima en grandes arterias, además de sus alteraciones en el SNP (sistema nervioso periférico) y crecimiento de tumores neuroectodérmicos.<sup>5</sup> La etiología infecciosa bacteriana (*Proteus*, *Salmonella*, *Pseudomonas*, *Staphylococcus*) o micótica muy rara vez se presenta en casos de aneurisma carotídeo.<sup>6</sup>

El tratamiento quirúrgico se requiere para evitar consecuencias fatales. Sir Astley Cooper realizó la primera operación exitosa para aneurismas carotídeos extracraneales en 1808. Más de un siglo después, en 1936 Nathan Winslow y colaboradores reportaron 82 pacientes con aneurismas carotídeos con una mortalidad de 28% y una tasa de curación de 71%. Hasta 1950 se utilizaba sólo la ligadura de carótida, con esto se reportaba infarto cerebral en 20 a 40%, lo cual evitaba complicaciones embólicas, y sólo se efectuaba cuando la reconstrucción no era posible. En 1970 se realizaron reconstrucciones arteriales mediante injertos autólogos o reparación directa.<sup>7</sup> Actualmente la reconstrucción carotídea es la práctica más segura. La derivación extracraneal con injerto se utiliza escasamente y no elimina el riesgo de embolización. Muchos pueden tratarse mediante anastomosis terminoterminal resecando la porción aneurismática y haciendo transposiciones. Otras técnicas incluyen uso de safena interna, injertos sintéticos o uso de parches en la reconstrucción de la bifurcación carotídea.<sup>1,8</sup>

#### REFERENCIAS

1. Rafik El Sabrou, et al. Extracranial carotid artery aneurysms: Texas Heart Institute Experience. *J Vasc Surg* 2000; 31: 702-12.
2. Gupta, et al. Extracranial carotid aneurysm related to pregnancy. *J Vasc Surg* 2004; 40: 375-8.
3. James, et al. Asymptomatic internal carotid artery aneurysm. *J Vasc Surg* 2003; 37: 210.
4. Minoru, et al. Extracranial carotid aneurysm in Takayasu's arteritis. *J Vasc Surg* 2001; 34: 739-42.
5. Bertram, et al. Ruptured internal carotid aneurysm resulting from neurofibromatosis: treatment with intraluminal stent graft. *J Vasc Surg* 2000; 32: 824-8.
6. Skau, et al. Surgical treatment of distal, extracranial, internal carotid artery aneurysms involving the base of the skull —a multidisciplinary approach—. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2000; 20: 308-11.
7. Knouse, et al. *Pseudomonas aeruginosae* causing a right carotid artery micotic aneurysm after dental extraction procedure. *Mayo Clin Proc* 2002; 77: 1125-30.
8. Hertzler NR. Extracranial carotid aneurysms: A new look at an old problem. *J Vasc Surg* 2000; 31: 823-5.

Correspondencia:

Dr. Ricardo Lucio Gil  
Valencia No. 80 Interior 6  
Col. Insurgentes Mixcoac  
C.P. 03920 México, D.F.  
Tel. 5611-3854