

Caso clínico

Ruptura de pseudoaneurisma de carótida común en un drogadicto

Dr. Omar Paipilla,* Dr. Sergio Lee,* Dr. César Romero,* Dr. Primo De la Rosa,** Dr. Luis Sigler***

RESUMEN

Con el uso frecuente de drogas ilícitas por vía endovenosa, se generan trombosis que hacen imposible esta vía; los usuarios buscan otras rutas y pronto localizan arterias accesibles para su uso. Presentamos el caso de un hombre que después de inyectarse drogas en la carótida común derecha, desarrolló un pseudoaneurisma infectado que al romperse requirió una intervención de urgencia con ligadura del vaso. Aunque no hubo manifestaciones neurológicas encefálicas, presentó severos problemas locales.

Palabras clave: Drogadicción, trauma arterial, pseudoaneurisma, carótida común.

ABSTRACT

With the frequent use of endovenous illicit drugs, thrombosis occurs making the use of this route impossible. Drug addicts look for other places and soon localize accessible arteries for their use. We present the case of a man that after injecting drugs into his common carotid artery developed an infected pseudoaneurysm that ruptured and required emergency ligation. Although there were not cerebral sequelae he had severe local problems.

Key words: Drug addiction, arterial injury, pseudoaneurysm, common carotid.

INTRODUCCIÓN

En todo el mundo el uso de drogas ilícitas representa un problema de salud frecuente. Los usuarios de drogas usan distintas rutas para administrárselas. Cuando la vía venosa resulta insuficiente por trombosis de las venas superficiales, recurren a buscar otras venas profundas y aun arterias vecinas. Así, las arterias femorales y las humerales son las que más afectan.

Con el uso de agujas no estériles y contaminadas con microbios y con cuerpos extraños como algodón o talco, es fácil que las lesiones vasculares se infecten. Cuando una arteria ha sido puncionada en varias ocasiones puede originar lesiones del tipo del pseudoaneurisma infectado. Casi siempre se presentan como masas pulsátiles en la cercanía del vaso afectado y con frecuencia erosionan la piel y

causan hemorragias que al principio son discretas, pero posteriormente, pueden ocasionar pérdida importante de sangre con hipotensión arterial y anemia aguda.

En el caso de arterias en las extremidades pueden ocurrir episodios de isquemia aguda por trombosis y la hemorragia requerirá tratamiento endoscópico o quirúrgico, siendo necesario colocar injertos de vena o en casos especiales injertos sintéticos. Cuando el tratamiento así lo demanda puede de ser apropiado efectuar ligadura dejando la circulación por vasos colaterales, siempre y cuando no se determine isquemia aguda en el transoperatorio.

En los vasos del cuello, pueden ocurrir pseudoaneurismas en las carótidas o sus ramas, pero es de importancia reconocer el sitio exacto para definir el tratamiento, pues una lesión de la carótida

* Servicio de Cirugía, Hospital General de Tijuana.

** Residente de 3er. año de Cirugía General.

*** Visitante del Servicio de Cirugía, Hospital General de Tijuana.

externa o sus ramas puede ser ligada sin preocupación; no así la carótida común o la interna, pues una ligadura pudiera ocasionar en un tercio de los pacientes un accidente cerebral isquémico y en otro tercio la muerte del enfermo.¹

Si es posible controlar los vasos y medir la presión del muñón antes y después de una interrupción al flujo, la presión retrógrada mayor de 70 mmHg puede indicar que existe buena circulación colateral en los vasos intra y extracraneanos y, por tanto, no hacer indispensable una revascularización en especial en un terreno infectado.² El objetivo de este trabajo es informar de un paciente, atendido de urgencia en el Hospital General de Tijuana, con un pseudoaneurisma infectado en la carótida común derecha que después de dos episodios de sangrado, tuvo una hemorragia severa que obligó a su intervención con ligadura de la carótida común.

CASO CLÍNICO

Un paciente del sexo masculino de 24 años de edad, desempleado, fue atendido en dos ocasiones en el Servicio de Urgencias del Hospital General de Tijuana debido a sangrado escaso por un orificio en la parte inferior y lateral del cuello derecho donde se localizó una masa pulsátil de 3 x 5 cm. El paciente aceptó ser adicto a diversas drogas y usar la vía endovenosa en múltiples ocasiones, pero cuando la punción venosa era difícil procedió a efectuar punciones en las venas o arterias del cuello. Presentaba paresia progresiva del miembro superior derecho. Una vez que la hemorragia era controlada con cierta compresión, solicitaba su alta voluntaria aun cuando se le explicaba que el diagnóstico era de un pseudoaneurisma falso y que requería de estudios y tratamiento.

En la 3a. visita al Servicio de Urgencias refirió sangrado abundante por el orificio de la masa pul-

sátil del cuello y señaló que el color de la sangre era rojo brillante (*Figura 1*).

Se encontraba estuporoso, con pulso de 140/min, TA de 88/70, temperatura de 36° y 22 respiraciones/min. El sangrado era profuso y pulsátil, por un orificio de 1 cm² parcialmente cubierto con un coágulo. El latido carotídeo izquierdo se encontró normal. No había soplos cardíacos ni cambios en la auscultación torácica. Existía parálisis fláccida del miembro superior derecho. La hemoglobina era de 7 g/dL y el hematocrito 30%; grupo sanguíneo O+.

Por no contar con equipos para ofrecer tratamiento endovascular, fue llevado de urgencia al quirófano donde bajo anestesia endotraqueal se procedió a explorar el cuello y la porción proximal del mediastino, por una incisión en Y con una rama hacia el borde anterior del esternocleidomastoideo, otra rama hacia la porción supraclavicular y la rama larga hacia la mitad superior del esternón en la línea media. Después de evacuar los coágulos existentes en una cavidad de unos 10 cm³ se logró visualizar un sangrado activo en la parte más proximal de la carótida común casi junto a la arteria inominada y la subclavia.

Se procedió a la colocación de puntos transfictivos con seda 00, logrando cohibir la hemorragia. Se obtuvo un cultivo, se lavó la cavidad con 2 L de solución salina y se dieron puntos de aproximación en la piel después de dejar un drenaje. Se cubrió la herida con apósitos y el paciente fue enviado a la Unidad de Terapia Intensiva; 6 hrs después estaba despierto con parálisis fláccida del miembro superior derecho.

Recibió ceftriaxona y clindamicina. Después de obtener un equilibrio en la hemoglobina y hematocrito con un total de seis unidades de sangre, pasó al piso del hospital. La radiografía del tórax al 20.º día de operado no mostraba evidencia de hemoneumotórax.



Figura 1. En la parte izquierda se muestra la compresión de una masa sanguínea en el tercio inferior de la región lateral del cuello, por fuera del músculo esternocleidomastoideo. En la parte derecha se aprecia una úlcera de 1 cm de diámetro con enrojecimiento de la piel.

Durante tres días se mantuvo en ayuno, con soluciones endovenosas. Once días después fue sometido a un lavado quirúrgico y al obtener el resultado del cultivo, positivo a *Pseudomonas aeruginosa*, se cambió el antibiótico a vancomicina.

El paciente inició a caminar y solicitaba comida y líquidos a otros enfermos. Desde el 50.º día postoperatorio se apreció la salida de saliva por la parte medial y profunda de la cavidad que quedó después de la operación. Se insistió en ayuno absoluto y se le inició apoyo nutricional parenteral. La herida estaba abierta y mostraba la cara superior de la primera costilla y algunos filetes nerviosos del plexo braquial (*Figuras 2-5*).

Después de varias semanas con tratamiento de la herida y con un ayuno relativo pues consumía alimentos no permitidos, persistía con fistula esofágica, parálisis del miembro superior derecho y cavidad que



Figura 2. A los 18 días de operado aún se aprecia la profundidad de la lesión y algunos puntos de material no absorbible.



Figura 3. Es poco frecuente observar la cara superior de la primera costilla en una herida postquirúrgica.



Figura 4. A los 25 días se aprecia saliva en el fondo de la herida.



Figura 5. A los 32 días de la intervención se ve en la profundidad el orificio de la fistula esofágica persistente y hacia el colgajo externo algunos filamentos del plexo braquial.



Figura 6. A los 60 días aun cuando existe cierto tejido de granulación en la costilla se aprecia la actividad de la fistula y es el momento en que el paciente decide su alta voluntaria.

expuso la primera costilla (*Figura 6*). No aceptó la intervención propuesta y solicitó su alta voluntaria. Un año después fue visto en la calle como menesteroso y cubría su cuello con un pañuelo.

DISCUSIÓN

Cada vez es más frecuente que los cirujanos se vean involucrados en atender pacientes que consumen drogas ilícitas. Cuando se aplican substancias por vía endovenosa, las condiciones de higiene son pobres y se pueden generar flebitis superficial o profunda y aun embolia pulmonar.³ Cuando las venas accesibles se han trombosado, los pacientes tratan de localizar otras venas profundas o arterias y así, con frecuencia se inyectan en la arteria femoral o en la humeral. Existen varias complicaciones por estas maniobras como son la presencia de vasoespasmo, lesiones en la pared arterial, formación de pseudoaneurismas, fistulas arteriovenosas y aun trombosis con isquemia secundaria.⁴

Con frecuencia menor se inyectan en los vasos del cuello con las complicaciones señaladas. En el caso presentado se generó una masa pulsátil que erosionó la piel y en dos ocasiones previas motivó sangrado que fue atendido en el Servicio de Urgencias. Por sus condiciones emocionales rechazó el estudio y tratamiento hasta una nueva hemorragia severa que lo llevó nuevamente al Hospital. Se determinó un cuadro de anemia agudo, posible celulitis y la formación de un psuedoaneurisma sanguíneo en la porción baja del cuello derecho. No tenía compromiso circulatorio en el miembro superior derecho pero sí una parálisis fláccida de esa extremidad por afección nerviosa.

La cavidad generada era de unos 10 cm³ y se apreciaron filetes del plexo braquial dañados por el proceso inflamatorio e infeccioso. Se colocaron puntos hemostáticos en la carótida común. Después de unos días de síntomas por supresión de las drogas recuperó cierta estabilidad emocional pero inició a tomar líquidos y sólidos no autorizados que dificultaron la atención de una fistula esofágica. Aun cuando mejoraron las condiciones locales, no aceptó la cirugía propuesta que consistiría en cierre de la fistula y colgajos músculocutáneos y solicitó su alta voluntaria.

De modo habitual el tratamiento de las lesiones carotídeas ha sido quirúrgico. Sin embargo, DuBose J y col.⁵ revisaron la literatura de 1994 a 2008 e informaron que sólo había 113 pacientes con lesiones de la carótida interna que recibieron un tratamiento endovascular, 77% después de un trauma contuso. El tipo de lesiones revisadas fue: pseudoaneurisma

60.2%, fistula arteriovenosa 16.8%, disección 14.2% y otro en 8.9%.

Cox y col.⁶ revisaron la experiencia de 2003 a 2007 del Hospital Militar Walter Reed de Washington con 124 pacientes con trauma penetrante en cabeza y cuello. Encontraron 13 pacientes con pseudoaneurisma, de los cuales sólo en dos casos presentaron hemorragia masiva y como muchas lesiones son de las ramas de la carótida externa pueden ser embolizadas con éxito. En el paciente atendido en el Hospital de Tijuana, sin equipos de cirugía endovascular, la hemorragia aguda motivó la intervención quirúrgica. La existencia de parálisis del miembro superior derecho indica que la sepsis local había sido la causa de lesión neurológica. En general, los pacientes que consumen drogas son difíciles pues no siguen las indicaciones precisas de su médico.

CONCLUSIÓN

Cada vez es más frecuente que los cirujanos se vean precisados a atender a drogadictos por las complicaciones que tienen en el territorio vascular. Se trata de pacientes difíciles que con frecuencia tienen procesos sépticos agregados. Si es posible atenderlos con intervenciones endovasculares, los resultados pueden ser mejores que los obtenidos con cirugía convencional.

REFERENCIAS

1. Moore OS, Karlan M, Sigler L. Factors influencing the safety of carotid ligation. Amer J Surg 1969; 118: 666-8.
2. Ehrenfeld WK, Stoney RJ, Wylie EJ. Relation of carotid stump pressure to safety of carotid artery ligation. *Surg* 1983; 93: 299-305.
3. Sigler L, Huidobro LE, Fragoso SJL, Vargas B. Embolia pulmonar en autopsias de drogadictos. *Rev Mex Angiol* 2001; 29: 72-4.
4. Raso AM, Visentin I, Zan S, Rispoli P, Conforti M, Moniaci D y col. Vascular pathology of surgical interest in drug addicts. *Minerva Cardioangiol* 2000; 48: 287-96.
5. DuBose J, Recinos G, Teixeira PG, Inaba K, Demetriades D. Endovascular stenting for the treatment of traumatic internal carotid injuries: expanding experience. *J Trauma* 2008; 65: 1561-8.
6. Cox MW, Whittaker DR, Martínez C, Fox CJ, Feuerstein IM, Gillespie DL. Traumatic pseudoaneurysms of the head and neck: early endovascular intervention. *J Vasc Surg* 2007; 46: 1227-33.

Correspondencia:

Dr. Omar A. Paipilla Monroy
Joaquín Clausel 10401 Consultorio No. 5
Zona Río, Tijuana
C.P. 22320 Baja California, México
Tel.: (664) 693-0318. Fax (664) 633-9296
Correo electrónico: drpaipilla@hotmail.com