ISSN (electrónico): 1695-2987 - ISSN (papel): 0003-3170

Angiología

Imagen Clínica del Mes

Pseudoaneurisma de tronco braquiocefálico derecho

Right brachiocephalic trunk pseudoaneurysm

René Arath Rojas Morán, Ricardo Briceño Fuentes, Christian Ramírez Sánchez, Luis Ángel Velasco Fierro

Servicio de Cirugía del Tórax y Vascular. Benemérito Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde. Guadalajara, México

CASO CLÍNICO

Hombre de 54 años de edad con enfermedad renal crónica, hipertensión arterial y con necesidad de terapia de sustitución renal que presenta antecedente de intento de colocación de acceso vascular para hemodiálisis en región yugular derecha seis semanas antes de su ingreso. Después de ese procedimiento presentó un aumento del volumen en el hemicuello derecho que generó disfonía (Fig. 1). Durante las seis semanas antes de su ingreso reporta aumento de volumen, por lo que decidió acudir para una valoración. En el examen físico presenta signos vitales normales. Se evidencia cuello asimétrico, con pulsos carotídeos aumentados en el lado derecho, con soplo y sensación de frémito, sin alteraciones neurológicas. En la tomografía de cuello se evidencia pseudoaneurisma de la arteria carótida desde la carótida común con un diámetro de 10,4 cm.

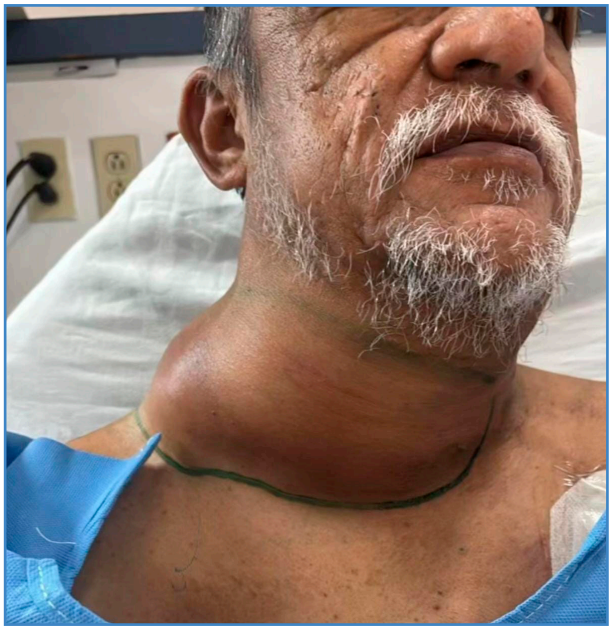

Figura 1. *Imagen clínica del paciente al acudir a valoración en la que se evidencia el tumor cervical, cuyo tamaño está demarcado por una línea verde.*

Recibido: 15/04/2025 • Aceptado: 02/09/2025

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

Inteligencia artificial: los autores declaran no haber usado inteligencia artificial (IA) ni ninguna herramienta que use IA para la redacción del artículo.

Rojas Morán RA, Briceño Fuentes R, Ramírez Sánchez C, Velasco Fierro LÁ. Pseudoaneurisma de tronco braquiocefálico derecho. Angiología 2026;78(4):207-209

DOI: 10.20960/angiologia.00806

Correspondencia:

René Arath Rojas Morán. Servicio de Cirugía del Tórax y Vascular. Benemérito Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde. C/ Hospital 278. Colonia El Retiro. Guadalajara, México
e-mail: renerojas707@gmail.com

©Copyright 2026 SEACVE y ©Arán Ediciones S.L. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-SA (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

En la intervención quirúrgica se evidenció una lesión de más del 50 % del tronco braquiocefálico, con saco aneurismático que se extendía desde el tronco braquiocefálico hasta el hemicuello izquierdo. Se coloca injerto de dacrón de 8 mm y se realiza anastomosis vascular con sutura de Prolene 5-0 (Fig. 2).

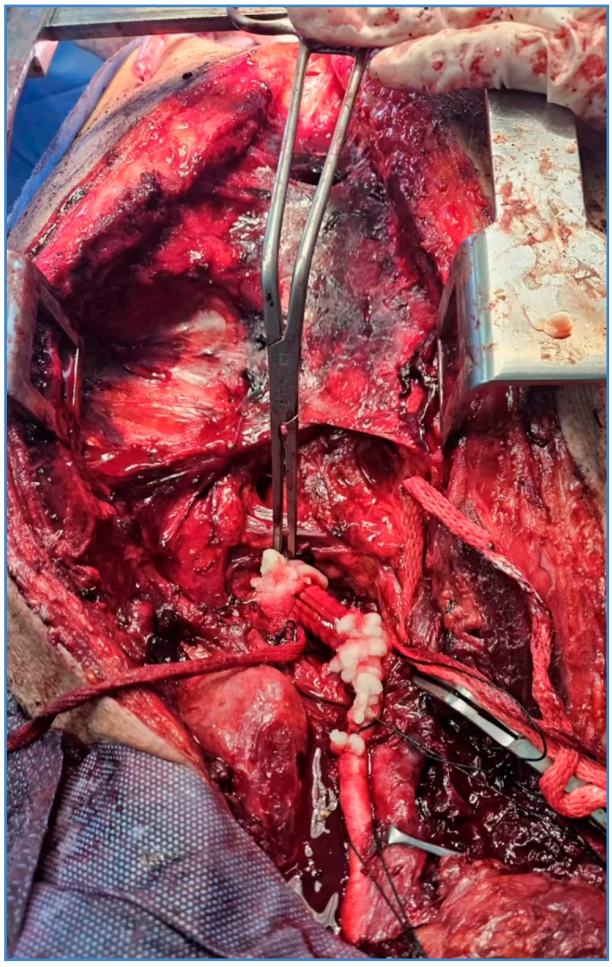

Figura 2. *Cervicoesternotomía en la que se evidencia la reconstrucción de tronco braquiocefálico con injerto de dacrón y sellante biológico.*

DISCUSIÓN

Los pseudoaneurismas traumáticos del tronco braquiocefálico y de la arteria carótida común proximal constituyen entidades infrecuentes, pero de alto riesgo, cuya detección y manejo oportuno son determinantes para evitar complicaciones graves o potencialmente mortales. En este caso, el paciente desarrolló un voluminoso pseudoaneurisma tras un intento de colocación de acceso venoso central en la región yugular derecha, mecanismo iatrogénico cada vez más reconocido como causa de lesiones vasculares cervicales (1).

La presentación diferida, con aumento progresivo del volumen cervical durante seis semanas y síntomas compresivos, como disfonía, pone de manifiesto el carácter insidioso que pueden adoptar los pseudoaneurismas en esta localización. A diferencia del trauma penetrante, que suele manifestarse con sangrado activo o hematoma expansivo inmediato, las lesiones iatrogénicas pueden evolucionar de forma subclínica. La aparición de una masa pulsátil o la auscultación de un soplo son datos fundamentales para el diagnóstico clínico (2). En este paciente resulta particularmente llamativa la ausencia de déficits neurológicos, a pesar de la magnitud del pseudoaneurisma, que alcanzaba dimensiones superiores a los 10 cm, lo que evidencia la variabilidad del espectro clínico y la posibilidad de subdiagnóstico si no se realiza una exploración física detallada.

En los estudios diagnósticos de imagen encontramos algunos con la capacidad de darnos datos indirectos de un proceso infeccioso, como el PET. En este caso en particular no se valoró la realización de dicho estudio diagnóstico debido a la baja probabilidad de encontrar un procesom infeccioso activo. El procedimiento que se hizo en primer lugar (la punción para la colocación de catéter de hemodiálisis) se realiza con técnica estéril, lo que reduce las probabilidades de procesos infecciosos activos. Además, la clínica del paciente no concuerda con un proceso infeccioso, ya que no se presentaban datos de infección local, como eritema, hipertermia local ni celulitis. En una revisión de la bibliografía encontramos que la incidencia de infección en pseudoaneurismas carotídeos es baja. Se reporta una incidencia de pseudoaneurismas micóticos posprocedimientos abiertos del 0,3-0,6 % (3).

Considerando la baja incidencia de infección y el alto costo de realizar PET, la relación coste-beneficio no es la adecuada para justificar la realización de dicho estudio. En cuanto a la toma de cultivos durante la operación, no se encontraron datos antes o después de la intervención sugerentes de infección, por lo que nuevamente el coste de llevar a cabo un cultivo no justifica su realización ante la ausencia de evidencia que sugiera un proceso infeccioso y la baja incidencia reportada en la bibliografía.

El diagnóstico se confirmó mediante tomografía computarizada con angiografía, que actualmente se considera el estudio de elección en la evaluación de lesiones vasculares cervicales gracias a su elevada sensibilidad y a su capacidad para delimitar la extensión anatómica y las relaciones con estructuras adyacentes (2). En este caso, el pseudoaneurisma comprometía más del 50 % del tronco braquiocefálico, con extensión hacia el hemicuello contralateral, hallazgo de excepcional reporte en la literatura. Jebara y cols. describen pseudoaneurismas de la carótida común con diámetros de entre 2 y 6 cm; las lesiones de mayor tamaño, especialmente las relacionadas con el origen de los grandes vasos, son extraordinariamente raras (4).

Aunque en la última década han cobrado relevancia las estrategias endovasculares, especialmente en pacientes de alto riesgo quirúrgico, estas pueden verse limitadas por factores anatómicos, como el gran tamaño del saco aneurismático o su localización, o por el riesgo de infección en pacientes con necesidad de hemodiálisis crónica (5). En este caso se optó por la reconstrucción quirúrgica abierta, dadas las dimensiones de la lesión y su cercanía al arco aórtico. La interposición de un injerto de dacrón constituye una técnica ampliamente reconocida por su durabilidad y buenos resultados (4). Se optó por su uso, en lugar de un injerto autólogo, debido a las comorbilidades del paciente y a la desproporción de calibre respecto al tronco braquiocefálico. Se eligió una interposición de injerto protésico debido a la ausencia de datos que sugirieran infección tanto en el abordaje prequirúrgico como en el transquirúrgico. También encontramos que el riesgo de recidiva de pseudoaneurisma es mayor con un injerto de vena safena que con un injerto protésico, por lo que, al tener mayor riesgo de recidiva y menor riesgo de infección, se opta por un injerto protésico. Se reporta una incidencia del 2-5 % de pseudoaneurismas anastomóticos (3,6) en vena safena, mientras que en reparaciones con injertos protéiscos la incidencia no se encuentra reportada con exactitud debido a su baja incidencia.

Este caso resalta la importancia de la técnica meticulosa durante la colocación de accesos venosos centrales, sobre todo en pacientes con enfermedad renal crónica, quienes presentan una mayor predisposición a complicaciones vasculares. La identificación temprana de masas cervicales pulsátiles y la realización oportuna de estudios de imagen son esenciales para prevenir eventos catastróficos, como la ruptura o fenómenos tromboembólicos. Asimismo, demuestra que incluso pseudoaneurismas de gran tamaño pueden tratarse exitosamente mediante reconstrucción quirúrgica, siempre que el diagnóstico no se retrase.

BIBLIOGRAFÍA

1. Reva VA, Pronchenko AA, Samokhvalov IM, Zhelezniakov MA. Diagnosis and management of carotid artery injuries: 10-year experience. Eur J Vasc Endovasc Surg 2011;42(3):356-62. DOI: 10.1016/j.ejvs.2011.04.012
2. Navsaria PH, Nicol AJ, Edu S. Carotid artery injuries: Experience from a trauma unit in South Africa. Eur J Vasc Endovasc Surg 2002;24(6):530-4. DOI: 10.1053/ejvs.2002.1729
3. Kobza I, Mota J, Orel G, et al. Successful management of mycotic anastomotic pseudoaneurysm of interposition vein graft following a carotid endarterectomy: a case report. J Med Case Reports 2024;18:531. DOI: 10.1186/s13256-024-04874-9
4. Jebara VA, Acar C, Chachques JC, et al. Surgical treatment of common carotid artery false aneurysms. Ann Vasc Surg 1991;5(4):320-6. DOI: 10.1007/BF02015256
5. Feliciano DV, Mattox KL, Graham JM, et al. Management of traumatic carotid artery injuries. Am J Surg 1985;150(5):745-9. DOI: 10.1016/0002-9610(85)90344-0
6. Marković DM, Davidović LB, Kostić DM, et al. Anastomotic pseudoaneurysms. Srp Arh Celok Lek 2006;134(3-4):114-21. DOI: 10.2298/ sarh060411 4m