

Angiología

**Trombosis carotídea por trauma
contuso**

**Carotid thrombosis due to blunt
trauma**

10.20960/angiologia.00875

03/19/2026

Trombosis carotídea por trauma contuso

Carotid thrombosis due to blunt trauma

Carmen Alejandra Paspuel Trujillo, Gabriel Buitrón Proaño, Carolina Estefanía Herrera Lema

Servicio de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular. Hospital General Docente de Calderón. Quito, Ecuador

Correspondencia: Carmen Alejandra Paspuel Trujillo. Servicio de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular. Hospital General Docente de Calderón. C/ Capitán Giovanni Calles. 170201 Quito, Ecuador
e-mail: herreracarolina020889@gmail.com

Recibido: 05/02/2026

Aceptado: 10/02/2026

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.

RESUMEN

Introducción: la disección traumática de la arteria carótida interna es una de las lesiones traumáticas más infradiagnosticadas. Además de una alta tasa de mortalidad, también tiene alto riesgo de secuelas neurológicas. La etiopatogenia incluye: hiperextensión, traumatismo intraoral, compresión directa del cuello, estrangulamiento y lesiones de la base del cráneo.

Caso clínico: paciente de 24 años que se cae, lo que le provoca un golpe contuso en el cuello acompañado de dolor. Se evidencian escoriaciones y equimosis en la zona II del cuello, sin pulso carotídeo

izquierdo. Se realiza trombectomía y fijación de disección de íntima, con evolución satisfactoria en controles subsecuentes, con ausencia de sintomatología neurológica y rastreo ecográfico Doppler carotídeo periódico dentro de los parámetros normales.

Discusión: es importante una alta sospecha de patología arterial, a pesar de sus escasos reportes en la literatura, para no que no esté infradiagnosticada y evitar el riesgo de embolización cerebral. En el caso de nuestro paciente, ante el alto riesgo de embolismo cerebral, la resolución fue quirúrgica (abierta), con una evolución adecuada y sin lesiones neurológicas asociadas.

Palabras clave: Lesión de arteria carotídea. Trombosis de arteria carotídea. Lesiones de cuello.

ABSTRACT

Introduction: Traumatic dissection of the internal carotid artery is one of the most underdiagnosed traumatic injuries. In addition to a high mortality rate, patients are also at significant risk of neurological sequelae. The etiopathogenesis includes hyperextension, intraoral trauma, direct neck compression, strangulation, and skull base injuries.

Case report: A 24-year-old patient suffered a fall from standing height, resulting in blunt trauma to the neck accompanied by pain. Abrasions and ecchymosis were observed in zone II of the neck, with absence of the left carotid pulse. Thrombectomy and fixation of the intimal dissection were performed, with satisfactory evolution on subsequent follow - up. The patient remained free of neurological symptoms, and periodic carotid Doppler ultrasound surveillance showed normal parameters.

Discussion: A high level of suspicion for arterial pathology is essential despite the limited number of reports in the literature, in order to avoid underdiagnosis and reduce the risk of cerebral

embolization. In our patient, given the high risk of cerebral embolism, an open surgical approach was chosen, resulting in favorable outcomes, imaging follow-up without vascular lesions, and no associated neurological deficits.

Keywords: Carotid artery injury. Carotid artery thrombosis. Neck injuries.

INTRODUCCIÓN

El trauma de la arteria carótida tiene una alta probabilidad de muerte y de secuelas neurológicas (1). La disección traumática de la arteria carótida interna (DTACI) es una de las lesiones traumáticas más infradiagnosticadas en cirugía vascular, con una incidencia en el trauma cerrado de cuello del 0,08-0,4 %. Se han reportado con una frecuencia del 6 % entre las lesiones en el cuello y en un 22 % de las vasculares. Se sabe que el 80 % de los pacientes con trauma penetrante de carótida presenta choque hemorrágico al ingreso; el 60 %, sangrado activo; el 33 %, hematoma y el 20 %, signos de déficit neurológico. Además de una alta tasa de mortalidad, los pacientes también tienen alto riesgo de secuelas neurológicas si sobreviven, con una tasa de hasta un 70 % de infarto cerebral (2). La etiopatogenia incluye: hiperextensión o rotación del cuello, traumatismo intraoral, compresión directa del cuello, estrangulamiento y lesiones de la base del cráneo (3).

A pesar de la baja incidencia de las lesiones traumáticas de la arteria carótida y de la trombosis asociada, su importancia radica en la elevada morbilidad reportada (alrededor del 30 %) y en las lesiones neurológicas permanentes, que ocurren en el 58 % de los supervivientes.

Este caso clínico es relevante debido a la escasa información en la literatura médica relacionada con la trombosis carotídea (4).

CASO CLÍNICO

Paciente de 24 años sin antecedentes patológicos de importancia que, al encontrarse en aparente estado etílico, se cayó y se dio un golpe en el cuello acompañado de dolor. Ingresa en el hospital 24 horas después del evento, sin información adicional. En el examen físico se encuentra consciente, orientado y sin focalidad neurológica. Se evidencian escoriaciones y equimosis en la zona II del cuello transversal, sin pulso carotídeo izquierdo (Fig. 1).

Se solicita ecografía Doppler carotídea de los vasos del cuello, en la que se evidencia defecto de llenado intraluminal en la arteria carótida común con proyección hacia la arteria carótida interna izquierda, compatible con trombo mural móvil, con sospecha de lesión intimal traumática (Fig. 1). Debido al alto riesgo de embolización cerebral se decide procedimiento quirúrgico urgente.



Figura 1. A. Escoriación de la zona II del cuello B. Ecografía Doppler carotídea: trombo intraluminal móvil en recorrido de arteria carótida común con proyección hacia la arteria carótida interna izquierda.

La exploración vascular en el quirófano identificó un trombo de características agudas en la arteria carótida común izquierda que se proyectaba hacia la arteria carótida interna más disección de carótida común, en un recorrido aproximado de 1,5 cm, sin proyección hacia la carótida interna izquierda (Fig. 2). Se realiza trombectomía y fijación de disección de íntima con puntos de anclaje con prolene 6/0 y arteriografía posquirúrgica de control que evidencia la restitución del flujo en la carótida común, la bifurcación y en la carótida interna y la externa.

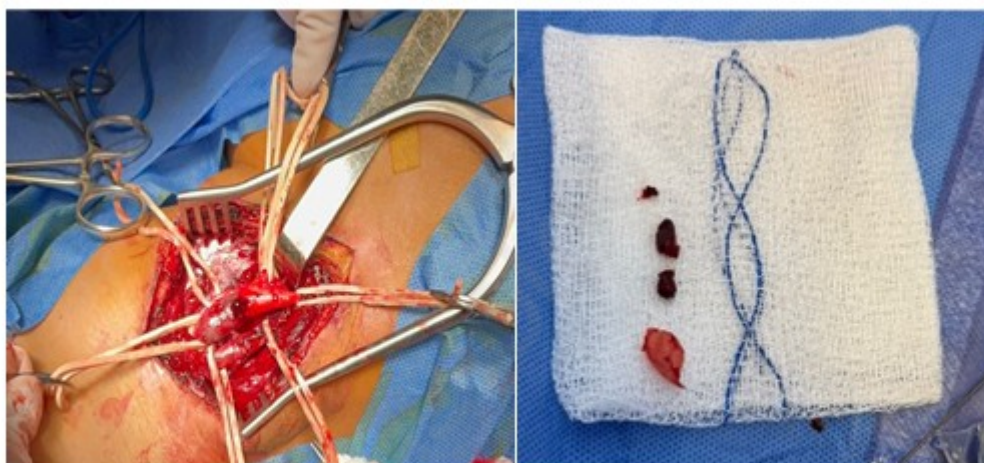


Imagen 2. Trombosis ACCI

Figura 2. Trombosis en la arteria carótida común izquierda.

En el posoperatorio inmediato, sin soportes vitales. Se administra anticoagulación con heparina de bajo peso molecular a dosis terapéutica. La evolución fue satisfactoria en los siguientes controles, a los 7 y a los 30 días, con ausencia de sintomatología neurológica y rastreo ecográfico Doppler carotídeo periódico dentro de los parámetros normales.

DISCUSIÓN

La lesión traumática de la arteria carótida interna es una patología poco frecuente. Puede ser secundaria a causas iatrogénicas, desórdenes del tejido conectivo y traumatismos que ocasionan la

ruptura de la íntima, ya sea por contusión directa o diversos grados de rotación e hiperextensión del cuello.

Es importante una alta sospecha de patología arterial, a pesar de sus escasos reportes en la literatura, para no que no sea infradiagnosticada y evitar riesgo de embolización cerebral.

La técnica diagnóstica, cuando hay sospecha, es por ecografía Doppler, angiotomografía o angiorresonancia.

El tratamiento quirúrgico es la cirugía convencional abierta para la protección minuciosa de la arteria carótida interna y la extracción completa de coágulos. En cuanto a la síntesis realizada en la disección intimal, creemos que permitió controlar su riesgo de extensión.

Ante el alto riesgo de embolismo cerebral la resolución fue quirúrgica (abierta), con una evolución adecuada y sin lesiones neurológicas asociadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Serna JJ, Ordóñez CA, Parra MW, Folleco E, Caicedo Y, Rosero A, et al. Damage control in penetrating carotid artery trauma: Changing a 100-year paradigm. Colomb Med (cali) 2021;52(2):e4054807. DOI: 10.25100/CM.V52I2.4807
2. López-Sánchez M, Ballesteros-Sanz MA, Pérez-Ceballos A, González-Fernández C, López-Espadas F. Disección traumática de la arteria carótida interna por el cinturón de seguridad: descripción de dos casos. Medicina Intensiva 2009;33(7):353-7. DOI: 10.1016/j.medin.2008.12.001
3. Paredes LST, Rotta Rotta ADC, Dueñas Carbajal R, Medina Palomino FA, Anchante Hernández HA, Cáceres PMS. Disección traumática de la arteria carótida interna y embolismo cerebral en un jugador de fútbol. Reporte del primer caso. Rev Med Hered 2012;23(1):enero-marzo.
4. Serna-Arbeláez CA, Saldarriaga L, Folleco E, Rosero AL, Caicedo Y, Timaran SD, et al. The new era: Endovascular approach for

carotid artery trauma. Revista Colombiana de Cirugía
2021;36(3):421-6. DOI: 10.30944/20117582.832

Angiología