



CARTA CIENTÍFICA

Aneurisma verdadero de carótida interna extracraneal

True aneurysm of the extracranial internal carotid artery

H. Cubillas Martín*, I. Hernández-la Hoz Ortiz, D. Couto Mallón,
J.C. Moy Petersen y R. García Casas

Servicio de Angiología y Cirugía Vascul. Hospital Montecelo. Complejo Hospitalario de Pontevedra. Pontevedra. España.

Recibido el 26 de julio de 2010; aceptado el 1 de septiembre de 2010

Los aneurismas de la arteria carótida interna extracraneal (ACIE) son muy poco frecuentes y representan el 0,1-2% de las intervenciones carotídeas y el 0,4-1% del total de los aneurismas. Dada la poca frecuencia de esta patología, no se dispone de series largas¹. Entre las causas se incluyen aterosclerosis, displasia fibromuscular, traumatismos, lesiones iatrogénicas, infección, defectos congénitos y arteritis por radiación², describiéndose la aterosclerosis como responsable del 46-70% del total. La localización más frecuente es la arteria carótida común, particularmente en la bifurcación y en la carótida interna proximal³.

Presentamos un caso de una mujer de 43 años, fumadora, con el antecedente de linfadenitis tuberculosa pulmonar a tratamiento hasta hacía 6 meses, que fue remitida a nuestro servicio por hallazgo casual de una masa pulsátil submandibular izquierda asintomática durante el estudio de una adenopatía cervical.

La ecografía-doppler mostraba un aneurisma de ACIE, sin trombo en su interior, de unos 2,5 cm de diámetro, bajo el ángulo de la mandíbula izquierda.

En la angio-tomografía computarizada (angio-TC) de troncos supraaórticos se observaba una arteria carótida interna izquierda tortuosa con un aneurisma de aspecto sacular de 2,6 cm de diámetro máximo, a 2 cm del bulbo carotídeo (fig. 1).



Figura 1 Angio-tomografía computarizada de troncos supraaórticos.

A la vista de estos hallazgos se solicitó una angio-TC toracoabdominal descartándose aneurismas o lesiones tipo fibrodilatólicas en otras localizaciones.

Previo evaluación anestésica preoperatoria, la paciente se intervino bajo anestesia general. Se realizó abordaje mediante incisión oblicua en borde anterior de músculo esternocleidomastoideo. Una vez aislada la bifurcación carotídea, se procedió a la liberación cuidadosa del aneurisma de los tejidos y estructuras nerviosas vecinas, sin apreciarse signos

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Cubillas1975@hotmail.com (H. Cubillas Martín).

de inflamación perianeurismática. La morfología era fusiforme con elongación de la carótida interna proximal (fig. 2). Bajo heparinización sistémica (3.000 UI por vía endovenosa) se practicó clampaje distal y proximal de carótida interna, manteniéndose el flujo por la carótida externa. No se empleó *shunt* temporal. Se procedió a apertura del aneurisma, que no presentaba trombo mural ni colecciones purulentas, con sección proximal y distal del mismo, y se interpuso un injerto corto de vena safena interna inguinal y anastomosis término-terminal con prolene 6/0 (fig. 2). Al término de la cirugía la paciente despertó sin déficit neurológico central. Fue dada de alta a los 4 días del postoperatorio con discreta paresia de la rama mandibular del nervio facial por probable neuropraxia, pautándose tratamiento con complejo polivitamínico B.

Los estudios microbiológicos intraoperatorios fueron negativos y la anatomía patológica concluyó pared arterial ateromatosa.

Los aneurismas de ACIE se han recogido infrecuentemente en la literatura. El primer caso documentado fue operado por Sr Astley Cooper en 1808, practicando ligadura proximal del aneurisma⁴. En instituciones de gran volumen de referencia se opera en promedio sólo un paciente por año⁵.

En nuestro caso, dado el antecedente de tuberculosis pulmonar y el aspecto sacular en las pruebas de imagen, pensamos en la posibilidad de un pseudoaneurisma infeccioso. En los aneurismas infecciosos, el origen suele ser una septicemia en el 45% de ellos (endocarditis principalmente), un traumatismo en el 30% de infecciones en la proximidad en el 25%. Hasta mediados del siglo XX, las causas más frecuentes de infección eran la tuberculosis y la sífilis; actualmente los microorganismos más habituales son *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Klebsiella* y *Salmonella*⁷. El aspecto intraoperatorio con ausencia de signos inflamatorios y colecciones, y los cultivos negativos de la pared carotídea descartaron esta posibilidad. Se trataba de un aneurisma verdadero con signos de aterosclerosis.

La sintomatología de estos aneurismas varía dependiendo de la localización, el tamaño y la etiología. Habitualmente, se presentan como una masa pulsátil parafaríngea. El dolor local es el síntoma más común, generalmente asociado a compresión del nervio facial y/o trigémino, con trombosis, embolización distal o ruptura como posibles complicaciones⁸.

En el tratamiento conservador de estos aneurismas se ha registrado una tasa de mortalidad cercana al 71%. La reparación endovascular representa una buena alternativa para aneurismas de ACIE de localización alta y difícil abordaje quirúrgico, pero conlleva el riesgo de embolización intracerebral y oclusión precoz del *stent* recubierto¹⁰. En este caso, se prefirió la opción quirúrgica por tratarse de una paciente joven, sin factores de riesgo y con una anatomía desfavorable para el tratamiento endovascular por la elongación y bucle en el origen de la arteria carótida interna.

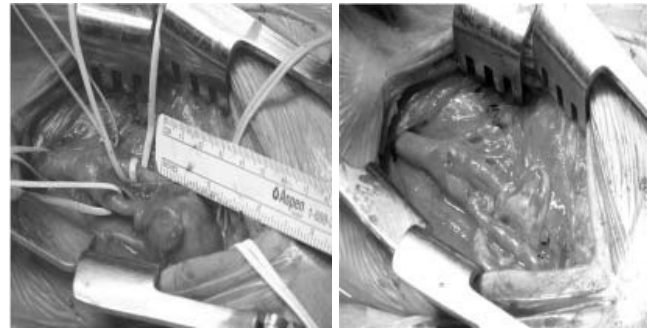


Figura 2 Aspecto intraoperatorio del aneurisma con resección e interposición de injerto venoso a la derecha.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Santamarta E, Alonso N, del Castro JA, Zanabilli AA, Rivas M, Cambor LA, et al. Aneurismas infecciosos de carótida interna. *Angiología*. 2007;59:439-44.
2. Van Sambeek MR, Segeren CM, van Dijk LC, van Essen JA, Dippel DW, van Urk H. Endovascular repair of an extracranial internal carotid artery aneurysm complicated by heparin-induced thrombocytopenia and thrombosis. *J Endovasc Ther*. 2000;7:353-8.
3. Rittenhouse EA, Radke HM, Summer DS. Carotid artery aneurysm: review of the literature and report of a case with rupture into the oropharynx. *Arch Surg*. 1972;105:786-9.
4. Peslan OM, Ebaugh JL, Raffetto JD. Bilateral asymptomatic extracranial carotid artery aneurysms. *Ann Vasc Surg*. 2010;24:691.e11-6.
5. El-Sabrouh R, Denton AC. Extracranial carotid artery aneurysms: Texas Heart Institute experience. *J Vasc Surg*. 2000;31:702-12.
6. Hubaut JJ, Albat B, Frapier JM, Chaptal PA. Mycotic aneurysm of the extracranial carotid artery: an uncommon complication of bacterial endocarditis. *Ann Vasc Surg*. 1997;11:634-6.
7. Jebara VA, Acar C, Dervanian P, Chachques JC, Bischoff N, Uva MS, et al. Mycotic aneurysms of the carotid arteries—case report and review of the literature. *J Vasc Surg*. 1991;14:215-9.
8. Rosset E, Roche PH, Magnan PE, Branchereau A. Surgical management of extracranial internal carotid aneurysms. *Cardiovasc Surg*. 1994;2:567-72.
9. Rossi P, Mirallie E, Pittaluga P, Chaillou P, Patra P. Bilateral extracranial aneurysms of the internal carotid artery. A case report. *J Cardiovasc Surg (Torino)*. 1997;38:27-31.
10. May J, White HG, Richard W, Brennan J. Endoluminal repair of internal carotid aneurysm: a feasible but hazardous procedure. *J Vasc Surg*. 1997;26:1055-60.