



## CARTAS CIENTÍFICAS

### Aneurisma de arteria carótida interna

### Internal carotid artery aneurysm



L. Barreras Molinelli\*, P. Marinelli, M. Penazzi, G. Soteras y A. Romano

Unidad Vasculardel Polo Sanitario, Córdoba, Argentina

El aneurisma de arteria carótida interna es una entidad poco frecuente, aproximadamente se lo encuentra entre el 0,1 y el 2% de todos los procedimientos carotídeos en centros de alto volumen<sup>1</sup>. Se los puede clasificar de acuerdo a su fisiopatología en aneurismas verdaderos y en falsos aneurismas (pseudoaneurismas) y de acuerdo a su etiología en iatrogénico, postraumático, infeccioso, aterosclerótico. A su vez pueden ser asintomáticos o sintomáticos, siendo las manifestaciones neurológicas las más frecuentes.

La historia natural del aneurisma carotídeo se asocia con un crecimiento paulatino, elevado riesgo de eventos tromboembólicos, síntomas de compresión nerviosa y eventualmente rotura. El tratamiento está determinado por su tamaño, localización y si posee o no contraindicaciones para algún procedimiento. La resolución puede ser mediante cirugía abierta o tratamiento endovascular (stent) aunque por el momento no se encuentran estudios que definan cuál es la mejor opción<sup>1</sup>.

Presentamos una paciente de sexo femenino de 63 años de edad que consultó por tumoración laterocervical derecha, de aparición insidiosa, crecimiento progresivo, pulsátil, no dolorosa, de 3 meses de evolución. No refería punciones ni cateterismos. Padecía hipertensión arterial controlada como comorbilidad. Al examen físico presentaba tumoración laterocervical derecha de 3 cm de diámetro aproximadamente, próxima al ángulo mandibular, pulsátil, sin frémito auscultatorio.

El diagnóstico se estableció con ecodoppler de vasos del cuello que informó entre los segmentos distales de las arterias carótida interna y externa, voluminosa lesión esférica

con flujo arterial turbulento con patrón de baja resistencia. Sin evidencia de trombos. La lesión descrita medía 25 × 20 mm e impresionaba tener conexión con la arteria carótida interna. Hallazgos ecográficos que podían corresponder a pseudoaneurisma. Se decidió realizar tomografía cervical con reconstrucción vascular, en la cual se observó aneurisma sacular o pseudoaneurisma de la arteria carótida interna derecha a nivel del cuello distal a la altura del ángulo de la mandíbula. Crecía en sentido medial, medía 33 × 22 mm aproximadamente. No pudiendo descartar trombos murales. Se asociaba a arterias carótidas internas muy tortuosas a nivel distal con bucles vasculares (fig. 1A). Ante la necesidad de descartar la presencia o ausencia de trombos murales se realizó arteriografía de vasos del cuello. Esta misma informó arteria carótida primitiva derecha elongada, arteria carótida externa derecha sin alteraciones. La arteria carótida interna derecha también se encontraba elongada y presentaba a nivel suprabulbar (a nivel del gonión) imágenes en pilas de moneda compatibles con angiodisplasia asociada a una dilatación aneurismática de gran tamaño orientada en sentido medial, con probable estenosis ligera en la unión del aneurisma con la arteria carótida interna distal y con gran tortuosidad de la arteria carótida interna cervical distal. Se descartó la presencia de trombos murales (fig. 1B, C).

Fue intervenida quirúrgicamente mediante cervicotomía lateral derecha, objetivando aneurisma sacular de la arteria carótida interna derecha de 3 cm de diámetro aproximadamente, de cuello pequeño, localizado en tercio medio aproximadamente, asociado a arteria tortuosa. Mediante sección del polo inferior parotídeo se realizó disección y control vascular de arteria carótida primitiva, carótida externa y carótida interna (fig. 2 A). Pinzamiento y resección del aneurisma con anastomosis terminoterminal de la arteria (fig. 2 B). No requirió shunt carotídeo y el

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: leandrobarrerasm@hotmail.com  
(L. Barreras Molinelli).

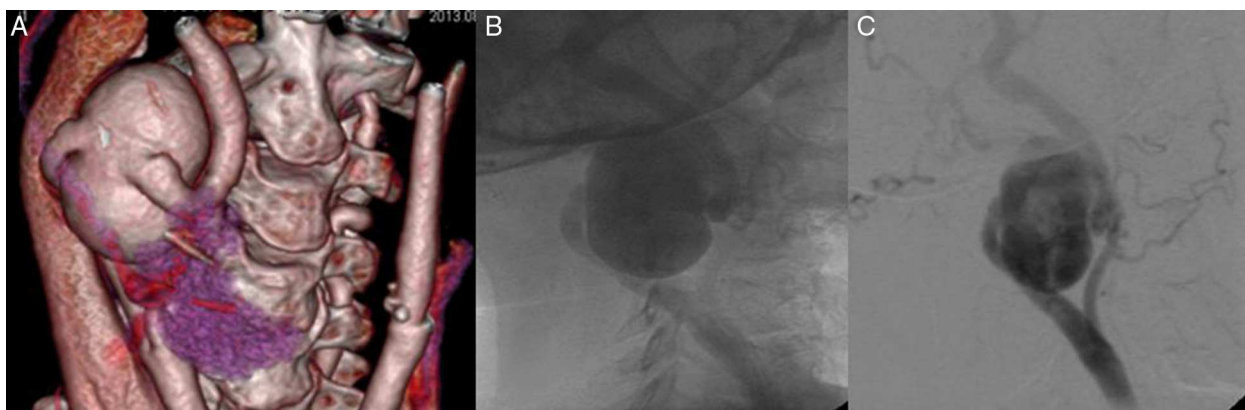


Figura 1 A) Angio-TC. B) Angiografía. C) Angiografía con sustracción.

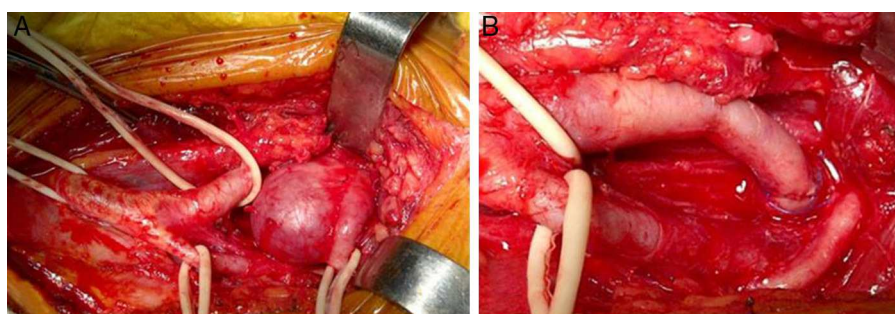


Figura 2 A) Cirugía: disección. B) Resección y anastomosis.

tiempo de pinzamiento fue de 15 min sin síntomas neurológicos ni alteraciones hemodinámicas durante el mismo.

Posteriormente a la cirugía la paciente fue dada de alta a los 3 días, sin síntomas neurológicos ni complicaciones evidentes.

La anatomía patológica informó: aneurisma sacular carotídeo que a la microscopia evidenciaba rotura de fibras elásticas y adelgazamiento de la pared arterial. Tinciones negativas para angiodisplasia.

A los 6 meses la paciente se encontró asintomática con doppler carotídeo normal, sin alteraciones en el flujo ni estenosis.

El aneurisma de la arteria carótida interna se define como el aumento del 50% o más del calibre normal de la arteria siendo de  $0,55 \pm 0,06$  cm en el hombre y de  $0,49 \pm 0,07$  en la mujer a nivel de la carótida interna y de  $0,99 \pm 0,10$  en el hombre y  $0,92 \pm 0,10$  en la mujer a nivel del bulbo carotídeo<sup>2</sup>. Es una entidad de baja frecuencia, que se encuentra en menos del 2% de los procedimientos carotídeos, siendo la aterosclerosis la etiología más frecuente (42%). De mayor aparición en el hombre que en la mujer 1,9:1; la bifurcación carotídea es el sitio de mayor afectación<sup>3</sup>.

El crecimiento progresivo del aneurisma carotídeo está asociado con un alto riesgo de eventos tromboembólicos con graves complicaciones neurológicas; otros pueden ser la rotura con hemorragia masiva y las compresiones nerviosas por efecto de masa<sup>4</sup>. La principal indicación quirúrgica es la prevención de los eventos tromboembólicos.

Creemos que el tratamiento quirúrgico convencional del aneurisma de arteria carótida extracraneal continúa siendo el gold standard, debido a su bajo índice de complicaciones y su permeabilidad. El tratamiento endovascular en casos correctamente seleccionados será prometedor.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

## Bibliografía

1. Biasi L, Azzarone M, de Troia A. Extracranial internal carotid artery aneurysms: Case report of a saccular wide-neck edaneurysm and review of the literature. *Acta Biomed.* 2008;79:217-22.

2. Johnston KW, Rutherford RB, Tilson MD, Shah DM, Hollier L, Stanley JC. Suggested standards for reporting on arterial aneurysms. *J Vasc Surg.* 1991;13:444–50.
3. Lucio GR. Aneurisma de arteria carótida interna. *Rev Mex Angiol.* 2006;34:79–81.
4. Szopinski P, Clostek P, Kierlar M, Myrcha P, Pleban E, Noszczyk W. A series of 15 patients with extracranial carotid artery aneurysms: Surgical and endovascular treatment. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2005;29:256–61.