



CARTAS CIENTÍFICAS

Masa cervical derecha secundaria a pseudoaneurisma de carótida común derecha



Right cervical mass secondary to a right common carotid artery pseudoaneurysm

M. Necial*, S. Sánchez Molero, M.Á. Araújo de Pazos, M. de la Quintana Gordón, E. Vázquez Rodríguez y M. Pérez

Unidad de Angiología, Cirugía Vascul ar y Endovascular, Hospital Severo Ochoa, Madrid, España

El pseudoaneurisma de carótida común es una entidad rara con una incidencia del 0,3% de los pseudoaneurismas periféricos. Las series que aportan los grupos con mayor incidencia incluyen un escaso número de casos, lo que dificulta el estudio de su historia natural, además muchos pacientes permanecen asintomáticos hasta que aparecen síntomas neurológicos isquémicos, por lo que es importante su detección y tratamiento precoces^{1,2}.

Presentamos el caso de un paciente con un pseudoaneurisma de carótida común derecha que se trató mediante resección del pseudoaneurisma y bypass carótido-carotídeo interno derecho con injerto de vena safena interna derecha.

Se trató de un paciente varón de 49 años de edad que fue derivado a nuestra consulta externa por un cuadro de una semana de evolución de una masa cervical de aparición brusca en región preauricular y laterocervical derecha, que en los últimos días presentó un rápido crecimiento. Refirió el paciente que apareció la tumoración de manera espontánea tras levantar unos muebles en su casa y coincidiendo con un golpe de tos. Él presentaba como antecedentes: hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, orquiectomía por neoplasia en 1980 con linfadenectomía abdominal y quimioterapia posterior.

En la exploración física se objetivó una gran masa cervical derecha de 4 cm de diámetro, blanda, pulsátil, no adherida a planos profundos, localizada desde la región submandibular hasta supraclavicular derecha a nivel preesternocleidomastoideo.

Se inició estudio vascular con analítica sanguínea completa, angiotomografía (angio-TAC) y ecodoppler de troncos supraaórticos. En el ecodoppler de troncos supraaórticos se observó masa de 4 cm adyacente a carótida común distal en relación con hematoma dependiente de vaso, compatible con pseudoaneurisma. En la angio-TAC y la RMN se comprobó la presencia de una masa heterogénea con componente hemático laterocervical derecho adyacente a la zona distal de carótida común, compatible con pseudoaneurisma, que produjo estenosis no significativa de carótida común derecha (fig. 1).

El paciente se interviene de forma preferente, realizándose exposición de la carótida común y su bifurcación, luego se realizó pinzamiento y arteriotomía longitudinal, evidenciándose pseudoaneurisma parcialmente trombosado. Se efectuó resección del pseudoaneurisma carotídeo y sustitución por un injerto de vena safena interna derecha desde la carótida común a carótida interna derecha con anastomosis terminoterminal (fig. 2). El paciente presentó buena evolución postoperatoria, por lo que fue dado de alta a los 3 días con seguimiento posterior en nuestra consulta.

La enfermedad pseudoaneurismática de carótida común es infrecuente y supone entre el 0,3% y el 14% de toda la

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mnecial@yahoo.fr (M. Necial).

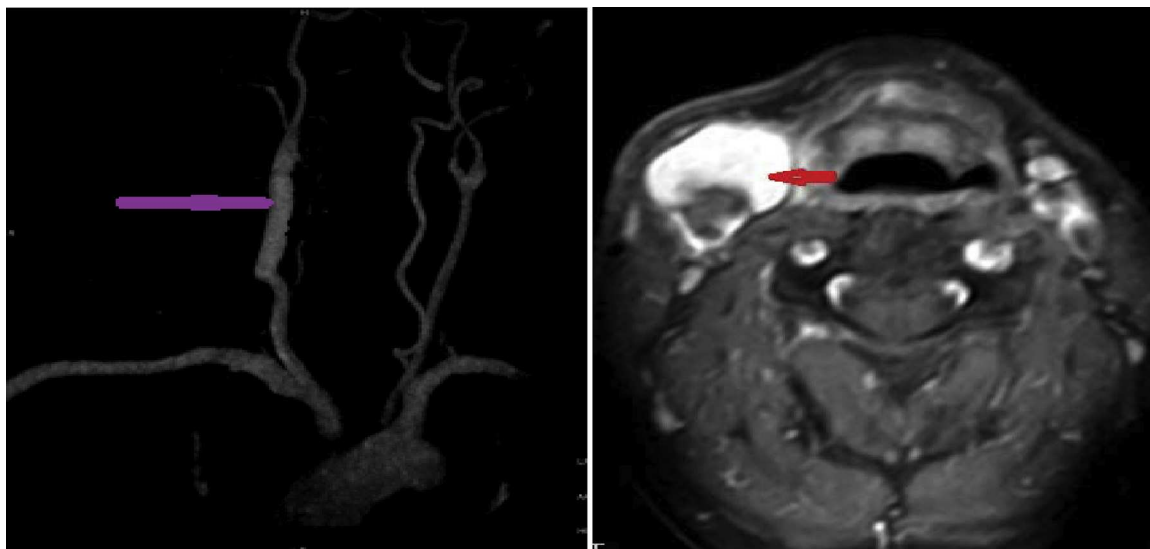


Figura 1 Angiografía de troncos supraaórticos con RM: Masa cervical con componente hemático laterocervical derecho, adyacente a la zona distal de la carótida común, compatible con pseudoaneurisma. Se evidencia una estenosis no significativa de la carótida común.

enfermedad aneurismática y entre el 0,5 y el 1% de todas las intervenciones quirúrgicas realizadas sobre la carótida. Existe un claro predominio masculino con un ratio 2:1³⁻⁵. La edad de presentación más frecuente es la quinta década de la vida. Se ha descrito una alta incidencia en la hipertensión arterial, diabetes, EPOC y enfermedad coronaria asociada en estos pacientes⁶. La mayoría de casos se diagnostican de forma casual. Un 40% de los pseudoaneurismas de carótida se presentan con déficits neurológicos. Otros síntomas pueden ser debido a la compresión del pseudoaneurisma en estructuras circundantes, como pares craneales.

El diagnóstico del pseudoaneurisma de carótida extracraneal debe basarse en la sospecha clínica y, dada la absoluta contraindicación de la punción y la biopsia por el

evidente riesgo de sangrado, debe confirmarse con pruebas de imagen, principalmente mediante ecodoppler, TC o RMN. La arteriografía aportará información sobre la extensión de la lesión, estenosis o irregularidades de la arteria. El diagnóstico diferencial deberemos realizarlo con otras tumoraciones cervicales. De estas, las más frecuentes son los quistes branquiales, los quistes de inclusión ectodérmica, quistes linfoepiteliales, las linfadenopatías y linfomas y tumores primitivos cervicales. De estos últimos debemos tener en consideración sobre todo aquellos que presentan mayor analogía con el pseudoaneurisma carotídeo (por localización o comportamiento clínico); estos son las lesiones vasculares (hemangiomas, malformaciones vasculares, linfangiomas, higromas, hemangiopericitomas benignos,

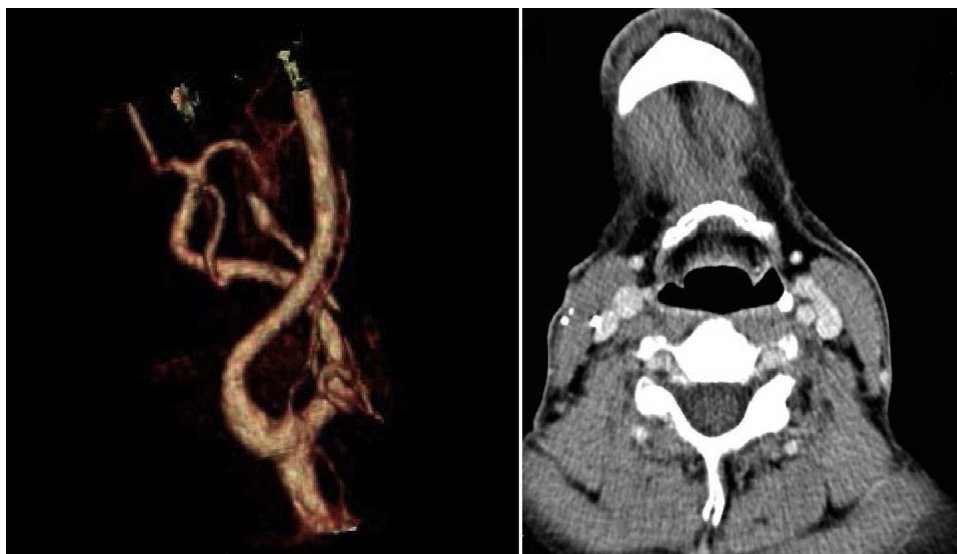


Figura 2 Angio-TC cervical. Corte axial en lado izquierdo y su reconstrucción en 3D en lado derecho donde se demuestran cambios posquirúrgicos en carótida común derecha. Todos los vasos del territorio carotídeo y vertebral se ven permeables y de calibre normal.

angiosarcomas, sarcoma de Kaposi, hemangiopericitoma maligno) y los paragangliomas del corpúsculo vagal o del corpúsculo carotídeo^{7,8}.

El tratamiento principal de los pseudoaneurismas carotídeos es quirúrgico. La indicación es obligada en pacientes que presenten un riesgo razonable de morbilidad. Se han descrito diferentes técnicas quirúrgicas; la elección más adecuada se realizará en función de la extensión y localización de la lesión. Se puede realizar resección y anastomosis terminoterminal, resección parcial y plastia con parche de politetrafluoretileno (PTFE) o vena safena, o resección y reimplante en carótida externa. En los últimos tiempos se han desarrollado técnicas basadas en el control endovascular mediante la colocación de *stents* y *coils* metálicos en la luz carotídea, comprobándose que es un método seguro, mínimamente invasivo y efectivo para el control de los pseudoaneurismas traumáticos rotos en fase aguda. La opción endovascular mediante colocación de un stent cubierto para la exclusión del pseudoaneurisma ha representado un avance en la reparación del pseudoaneurisma por ser menos agresiva y debería ser considerada en caso de pseudoaneurismas extensos de localización alta y difícil abordaje quirúrgico o en pacientes con elevada comorbilidad para la cirugía, debido a que presentan mayor número de complicaciones neurológicas que el tratamiento convencional con una morbilidad cercana al 7%^{6,8,9}.

La enfermedad pseudoaneurismática de la arteria carótida a nivel extracraneal es una enfermedad muy infrecuente pero que debe ser tenida en cuenta en nuestra especialidad, ya que una orientación diagnóstica adecuada en el menor tiempo posible puede evitar complicaciones.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

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 han obtenido el consentimiento informado de los pacientes o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Bibliografía

1. Rosset E, Roche PH, Magnan PE, Branchereau A. Surgical management of extracranial internal carotid artery aneurysms. *Cardiovasc Surg.* 1994;2:567-72.
2. Hertzner NR. Extracranial carotid aneurysms: A new look at an old problem. *J Vasc Surg.* 2000;31:823-5.
3. Rosset E, Albertini JN, Magnan PE, Ede B, Thomassin JM, Branchereau A. Surgical treatment of extracranial internal carotid artery aneurysms. *J Vasc Surg.* 2000;31:713-23.
4. Doudle MW, Raptis S. Traumatic aneurysms of the carotid arteries. *Aust N Z J Surg.* 1996;66:847-9.
5. Schievink WI, Piepgras DG, McCaffrey TV, Mokri B. Surgical treatment of extracranial internal carotid artery dissecting aneurysms. *Neurosurgery.* 1994;35:15-6, 809-815; discussion.
6. Nishinari K, Wolosker N, Yazbek G, Bernardi CV, Zottele Bomfim GA. Covered stent treatment for an aneurysm of a saphenous vein graft to the common carotid artery. *Ann Vasc Surg.* 2010;24:954, e9-e12.
7. May J, White GH, Waugh R, Brennan J. Endoluminal repair of internal carotid artery aneurysm: A feasible but hazardous procedure. *J Vasc Surg.* 1997;26:1055-60.
8. Rittenhouse EA, Radke HM, Sumner DS. Carotid artery aneurysm. Review of the literature and report of a case with rupture into the oropharynx. *Arch Surg.* 1972;105:786-9.
9. Esteban-Jimenez O, Pinol-Ripoll G, Gonzalez-Rubio F, Mauri-Llerda JA, Navarro-Peman C, Mostacero-Miguel E. Ischaemic stroke in a patient with giant aneurysms in the internal carotid. *Rev Neurol.* 2008;46:344-6.