

INFORME DE CASO

Un caso infrecuente de aneurismas de ambas arterias temporales superficiales. Informe de caso

Dr. Luis Alberto Santos Pérez¹ , Cándida Grisel Milián Hernández¹ , Yoisel Duarte Linares¹ ,
Luis Armando Pozo Lorente¹ 

¹Hospital Clínico Quirúrgico Universitario “Arnaldo Milián Castro”, Santa Clara, Villa Clara, Cuba

RESUMEN

Introducción: los aneurismas de la arteria temporal superficial han sido informados muy infrecuentemente en la literatura mundial. Esta rara condición, cuando se presenta, está muy asociada a traumatismos, a aneurismas en otras arterias, al síndrome de Marfan, a la arteritis de células gigantes, que es la forma más común de vasculitis sistémica en adultos mayores de 50 años y, muy rara vez, a aterosclerosis. Si los aneurismas de la temporal superficial son raros, excepcionales son los aneurismas bilaterales. **Presentación del caso:** se presenta un caso no informado en la literatura de un paciente sin antecedente traumático, en el que se encontraron dilataciones vasculares bilaterales de ambas arterias temporales superficiales. **Conclusión:** siempre que exista una masa en la zona parietal es obligatorio explorar todos los trayectos vasculares y palpar minuciosamente las arterias temporales para buscar manifestaciones inflamatorias o la disminución o la pérdida de pulsos.

Palabras clave: arteria temporal superficial; fístula arteriovenosa; aneurismas

ABSTRACT

Introduction: superficial temporal artery aneurysms have been reported very infrequently in world literature. This rare condition, when it occurs, is closely associated with trauma, aneurysms in other arteries, Marfan syndrome, giant cell arteritis, which is the most common form of systemic vasculitis in adults over 50 years of age and, very rarely, atherosclerosis. If superficial temporal aneurysms are rare, exceptional are bilateral aneurysms. **Case report:** an unreported case is presented in the literature of a patient without a traumatic history, in which bilateral vascular dilations of both superficial temporal arteries were found. **Conclusion:** whenever there is a mass in the parietal area, it is mandatory to explore all vascular paths and palpate the temporal arteries thoroughly to look for inflammatory manifestations or the decrease or loss of pulses.

Key words: superficial temporal artery; arteriovenous fistula; aneurysm

INTRODUCCIÓN

La formación de un aneurisma es probablemente el resultado de múltiples factores que afectan a ese segmento arterial y a su medio ambiente local. La aparición y la expansión de un aneurisma en un segmento determinado del árbol

arterial implican factores hemodinámicos locales y factores intrínsecos al segmento arterial en sí.⁽¹⁻⁴⁾ Esta rara condición, cuando se presenta, está muy asociada a traumatismos, a aneurismas en otras arterias, al síndrome de Marfan, a la arteritis de células gigantes, que es la forma más común de vasculitis sistémica en adultos mayores de 50 años y, muy rara vez, a aterosclerosis. Si los aneurismas de la temporal superficial son raros, excepcionales son los aneurismas bilaterales.

El aneurisma de la arteria temporal superficial es una enfermedad vascular poco frecuente. En una estadística hecha sobre casi mil casos de aneurismas los de la arteria temporal superficial representaron el 0,8%. Esta arteria es particularmente vulnerable al trauma debido a su largo trayecto en el cuero cabelludo; sin embargo, muy pocos casos de aneurismas de las arterias temporales han sido descritos en la literatura médica.^(4,5)

Siempre que exista una masa en la zona parietal es obligatorio explorar todos los trayectos vasculares, incluida la búsqueda de soplos, las diferencias tensionales y la palpación minuciosa de las arterias temporales, para buscar manifestaciones inflamatorias como hinchazón o dolor o la disminución o la pérdida de pulsos. Además, la arteria temporal superficial resulta ser el vaso más afectado en la arteritis de Horton de la temporal o en la arteritis de células gigantes (ACG), la que es una vasculitis crónica y multisistémica de etiología desconocida.^(6,7)

Esta rara condición, cuando se presenta, está muy asociada a traumatismos, a aneurismas en otras arterias, al síndrome de Marfan, a la arteritis de células gigantes, que es la forma más común de vasculitis sistémica en adultos mayores de 50 años y, muy rara vez, a aterosclerosis. Si los aneurismas de la temporal superficial son raros, excepcionales son los aneurismas bilaterales.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Se presenta un paciente masculino de 33 años de edad, de profesión enfermero, fumador y asmático desde niño, que en la anamnesis remota negó antecedente traumático alguno.

Desde un mes antes de su primer ingreso en una Sala de Medicina del Hospital Clínico Quirúrgico Universitario "Arnaldo Milián Castro" de la Ciudad de Santa Clara, Provincia de Villa Clara, presentaba pérdida de peso y decaimiento y, 12 días antes de su admisión, comenzó a presentar fiebre de 38-39°C, que cedía con la administración de dipirona oral, acompañada de dolores articulares, escalofríos y sudoración, por lo que fue ingresado para estudio. Al examen físico se encontraron adenomegalias cervicales e inguinales dolorosas y móviles. Fue egresado con diagnóstico histológico (por biopsia de un ganglio inguinal) de linfadenitis necrotizante histocítica: enfermedad de Kikuchi Fujimoto.

Un mes después continuaba con decaimiento, anorexia, pérdida de peso, náuseas, vómitos con restos de alimentos, diarreas líquidas y fiebre de 38,3°C, con escalofríos y sudoración profusa. Una prueba de ELISA para Brucellas resultó positiva, por lo que se determinó por epidemiología hospitalaria su ingreso para tratamiento específico. Fue egresado afebril tres semanas después, al concluir el tratamiento, con una prueba de ELISA negativa para Brucellas.

Cinco meses más tarde continuaba perdiendo peso y presentaba, de nuevo, fiebre alta, dolor en las articulaciones y diarreas líquidas, por lo que se decidió un nuevo ingreso para estudio. Al examen físico se constataron adenopatías cervicales y dos lesiones abultadas, una en cada arteria temporal superficial, de menos de 1cm que, al tacto, latían y se expandían y que impresionaban ser de tipo aneurismático. No se auscultaron soplos. Un ecocardiograma transtorácico no demostró la existencia de vegetaciones, engrosamiento valvular o derrame en el pericardio. En el fondo de ojo se observaron vasos tortuosos y dilatados, no se constató subluxación ni luxación del cristalino.

Por ultrasonido de partes blandas se observaron adenopatías, una en la cadena lateral izquierda alta de 1cm y otra por debajo del ángulo de la mandíbula de 4,5mm, hipoecogénicas, ambas de aspecto inflamatorio. No existían adenopatías supraclaviculares ni axilares. Un ultrasonido Doppler vascular confirmó la presencia de arterias temporales con espectro de V de flujo de baja resistencia. A nivel de ambas arterias se apreciaron tumoraciones que latían y se expandían y se observaron, además, pequeñas aneurismas con laminación de coágulo parcialmente trombosadas. Una prueba de anticoagulante lúpico fue positiva, no se constataron anemia, leucopenia ni trombocitopenia, el sedimento urinario era normal, las pruebas de coagulación fueron todas normales y la velocidad de sedimentación globular fue de 2mm en una hora. No se dosificaron las inmunoglobulinas por no haber reactivos, pero los valores de C3 y C4 fueron normales. Se realizó una angioTAC (tomografía axial computadorizada) con administración de contraste endovenoso (EV), con cortes tomográficos de 1mm desde el vértice a la base, y no se observaron alteraciones en los vasos que conforman el polígono de Willis. A nivel de partes blandas, en la región epicraneal temporal izquierda y en la frontal derecha, existían dilataciones arteriales: la izquierda de 9mm y la derecha de 5mm, ambas de aspecto aneurismático (figuras 1 A y B -flechas-).

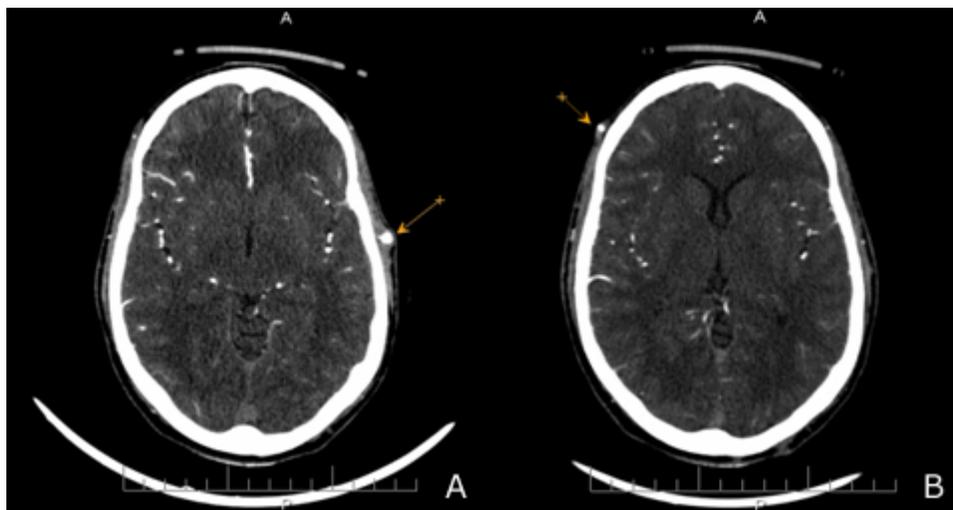


Figura 1. A) Dilatación de la arteria temporal izquierda de 9mm de aspecto aneurismático.
B) Dilatación de la arterial frontal derecha de 5mm de aspecto aneurismático

Se decidió entonces realizar la exéresis de ambas arterias temporales. El paciente está asintomático.

DISCUSIÓN

Los aneurismas pueden clasificarse como aneurismas verdaderos, aneurismas falsos o pseudoaneurismas y aneurismas disecantes.⁽⁸⁾ La diferencia entre un aneurisma verdadero y un pseudoaneurisma se encuentra en el compromiso de las capas histológicas de la pared vascular: cuando están intactas las tres capas se confirma la presencia de un aneurisma verdadero,⁽⁸⁾ cuando se encuentra una solución de continuidad en una de las capas de la pared vascular se habla de un pseudoaneurisma.⁽⁹⁾ Histopatológicamente la lámina elástica debe estar intacta para clasificar el aneurisma como verdadero o pseudoaneurisma. El aneurisma de la arteria temporal secundario a trauma, actualmente considerado pseudoaneurisma, fue descrito por primera vez por Thomas Bartholin, en 1740.^(9,10) Desde que se informara, en 1955, el primer caso de aneurisma aterosclerótico de la arteria temporal histológicamente confirmado muy pocos casos de aneurismas verdaderos de arteria temporal superficial de etiología aterosclerótica han sido informados, algunos asociados a aneurismas en otras arterias.^(1,4)

El diagnóstico clínico no es difícil: la presencia de una masa pulsátil, el soplo audible a la auscultación, el frémito y la fácil depresión a la palpación son suficientes para proponer un diagnóstico presuntivo. El diagnóstico diferencial más importante es el pseudoaneurisma de arteria temporal superficial (PATS); el antecedente de trauma permite sospechar la etiología de la masa pulsátil y presumir la presencia de un PATS.^(8,9)

La ecografía Doppler, en este caso, resultó suficiente para confirmar el diagnóstico. Otros estudios descritos incluyen la angiografía por sustracción digital, la angiotomografía tridimensional y la angioresonancia, las que no solo confirman el diagnóstico, sino que también descartan la presencia de otra enfermedad asociada.⁽⁹⁾

Algunos aneurismas son congénitos, o por discontinuidad de la capa muscular lisa de la túnica media o están asociados a enfermedad de Marfan y al síndrome de Ehler-Dan, o los de tipo IV o el pseudoxantoma elástico (PXE),⁽¹¹⁾ otros tienen origen en una arteritis localizada, determinada por embolia séptica, mientras que algunos son espontáneos. La sífilis y el alcoholismo son también factores predisponentes importantes.⁽¹²⁾ Este paciente, a pesar de tener un hábito marfanoide, no cumplía con los criterios de Ghent,⁽¹³⁾ no presentaba laxitud cutánea ni lesiones en la piel, tenía el fondo de ojo normal y no se observaron estrías angioides sugestivas de PXE; el ecocardiograma transtorácico no reveló la existencia de vegetaciones, el VDRL fue negativo y el factor alcoholismo estaba ausente, por lo que no fue posible relacionarlo con estas enfermedades, ni con un traumatismo anterior.

La intervención quirúrgica, en estos casos, está indicada para el alivio de los síntomas, la corrección del defecto cosmético y la prevención de las complicaciones del aneurisma, que incluyen la expansión y la ruptura, por lo que

se decidió realizar la extirpación de ambas arterias temporales superficiales. Se recibió como diagnóstico histológico:

Biopsia de ambas arterias temporales: ambas muestras se corresponden con trombos recanalizados en íntimo contacto con la pared anterior dañada por inflamación crónica y aguda, quedaron solo vestigios de la capa elástica (identificada por fluorescencia) con necrosis y pérdida de la continuidad, no se observaron células gigantes en los cortes analizados.

Siempre que exista una masa en la zona parietal es obligatorio explorar todos los trayectos vasculares, incluida la búsqueda de soplos y la palpación minuciosa de las arterias temporales, buscando manifestaciones inflamatorias como hinchazón o dolor o la disminución o la pérdida de pulsos. El aspecto fue consistente con arteritis de ambas arterias temporales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Borchers AT, Gershwin ME. Giant cell arteritis: A review of classification, pathophysiology, geoepidemiology and treatment. *Autoimmun Rev* [Internet]. 2012 May [citado 2 Oct 2018]; 11(6-7):A544-54. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22285588>
2. Thompson GB, Brown RD, Amin-Hanjani S, Broderick JP, Cockroft KM, Connolly ES, Duckwiler GR, et al. Guidelines for the management of patients with unruptured intracranial aneurysms: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* [Internet]. 2015 Aug [citado 2 Oct 2018]; 46(8):2368-2400. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26089327>
3. Munarriz PM, Gómez PA, Paredes I, Castaño-Leon AM, Cepeda S, Lagares A. Basic principles of hemodynamics and cerebral aneurysms. *World Neurosurg* [Internet]. 2016 Apr [citado 2 Oct 2018]; 88:311-319. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26805691>.
<https://doi.org/10.1016/j.wneu.2016.01.031>
4. Miyamoto M, Matheus SE, Granella VH, Angelo BZ, Marciniak B M, Hennig PH, et al. Pseudoaneurisma da artéria temporal superficial: relato de três casos. *J Vasc Bras* [Internet]. 2018 Jan-Mar [citado 2 Oct 2018]; 17(1):76–80. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5990264/>.
<https://dx.doi.org/10.1590/1677-5449.009517>
5. Kermani TA, Warrington HJ, Cuthbertson D, Carette S, Hoffman GS, Khalidi NA, et al. Disease relapses among patients with giant cell arteritis: A prospective, longitudinal cohort study. *J Rheumatol* [Internet]. 2015 Jul [citado 2 Oct 2018]; 42(7):1213-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25877501>
6. Weyand CM. Giant-cell arteritis and polymyalgia rheumatica. *N Engl J Med* [Internet]. 2014 Jul [citado 2 Oct 2018]; 371(1):50-57. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4277693/>
7. Rinkel GJE, Algra A, Greving JP, Vergouwen MDI, Etminan N. PHASES and the natural history of unruptured aneurysms: science or pseudoscience? *J Neurointerv Surg* [Internet]. 2017 Jun [citado 2 Oct 2018]; 9(6):618. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27091751>.
<https://doi.org/10.1136/neurintsurg-2016-012436>

8. Álvarez HM, Bravo MM, Arancibia NL, Chacón GH. Pseudoaneurisma de la arteria temporal: Reporte de un caso y revisión de la literatura. Rev Chil Cir [Internet]. 2006 Dic [citado 2 Oct 2018];58(6):469-72. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262006000600013
9. Silva AJD, Santos RV, Amato SJTA, Amato ACM. Aneurisma verdadeiro pós-traumático de artéria temporal. J Vasc Bras [Internet]. 2016 Apr-Jun [citado 2 Oct 2018];15(2):165–167. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5829713/>. <https://dx.doi.org/10.1590/1677-5449.006615>
10. Walker MT, Liu BP, Salehi SA, Babve S, Batjer HH. Superficial temporal artery pseudoaneurysm: Diagnosis and preoperative planning with CT angiography. Am J Neuroradiol [Internet]. 2003 Jan [citado 2 Oct 2018];24(1):147-150. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12533345>
11. Morillo MJ, Mora J, Soler A, García-Campos JM, García-Fernández I, Sánchez P, et al. Retinal autofluorescence imaging in patients with pseudoxanthoma elasticum. Arch Soc Esp Oftalmol [Internet]. 2011 Jan [citado 2 Oct 2018];86(1):8-15. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21414524>. <https://doi.org/10.1016/j.oftal.2010.11.019>
12. Mora OR, Pozo UC, Barría MC, Beltrán SMA, Barrera CR, Clericus A, et al. Un caso infrecuente de aneurisma aterosclerótico de la arteria temporal superficial. Rev Chil Cir [Internet]. 2008 Oct [citado 2 Oct 2018];60(5):429-33. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262008000500011&lng=pt&nrm=iso&tlng=es
13. Santos Pérez LA, González Fernández E, Milián Hernández C. Síndrome de Marfan. Reporte de un paciente. Acta Med Centro [Internet]. 2015 [citado 2 Oct 2018];9(4):46-51. Disponible en: <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/292/448>

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses

Recibido: 30-1-2019

Aprobado: 1-4-2019

Luis Alberto Santos Pérez. Hospital Clínico Quirúrgico Universitario “Arnaldo Milián Castro”. Avenida Arnaldo Milián Castro No. 5 e/ Avenida 26 de julio (Doble Vía) y Circunvalación. Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Código Postal: 50200 Teléfono: (53)42270000

santosla@infomed.sld.cu

<https://orcid.org/0000-0002-7458-6185>