

INFORME DE CASO

Disección de la arteria carótida interna. A propósito de una paciente

Dra. María Cristina Pozo del Sol, Dra. Maryla Martínez-Fortún Amador

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

RESUMEN

La disección de la arteria carótida es una enfermedad infrecuente, especialmente el pseudoaneurisma. Muchas veces tiene una presentación oligosintomática (dolor cervical o facial, síndrome de Horner, trastornos isquémicos persistentes o transitorios), pero también puede ser asintomática, lo que hace que su diagnóstico requiera de un alto índice de sospecha. Se trata de una enfermedad de gente joven, que se presenta habitualmente entre los 30 y 50 años, aunque también se ha descrito en niños y adultos mayores. Es la hemorragia que se produce dentro de la pared de la arteria carótida, que separa la íntima de la media, y que genera la formación de un aneurisma. Se presenta una paciente femenina de 34 años de edad, con antecedentes de salud aparente, que comenzó con cefalea hemicraneal y dificultad a la deglución; en un ultrasonido de cuello se detectó, con el uso complementario de las técnicas de Doppler, una imagen hipocogénica que rodeaba la luz arterial de la arteria carótida izquierda con disminución de la misma, compatible con una imagen de trombosis versus pseudoaneurisma carotídeo por posible disección carotídea izquierda.

Palabras clave: traumatismos de las arterias carótidas, aneurisma falso

ABSTRACT

The carotid artery dissection is a rare disease, especially the pseudoaneurysm. Often it has a oligosymptomatic presentation (cervical or facial pain, Horner syndrome, persistent or transitory ischemic dysfunctions), but can also be asymptomatic, which makes its diagnosis requires a high index of suspicion. It is a disease of young people, which usually occurs between 30 and 50 years, although it has also been reported in children and older adults. It is the bleeding occurs within the carotid artery wall, which separates the intima from media, and which generates the formation of an aneurysm. A female patient of 34 years old is presented, with a history of apparent health, who began with hemicranial headache and difficulty swallowing; in a neck ultrasound, by the additional use of Doppler techniques, it is detected a hypoechoic image surrounding the arterial lumen of the left carotid artery with decreased itself, compatible with an image of thrombosis versus carotid pseudoaneurysm for possible left carotid dissection.

Key words: carotid artery injuries, aneurysm, false

La disección arterial cérvico-craneal (DACC) se produce cuando la sangre penetra entre las capas de la pared arterial, produce un hematoma intramural que estenosa la luz del vaso y causa una dilatación aneurismática (pseudoaneurisma disecante). La hemorragia se sitúa en la zona subintimal, entre la capa media y la íntima y produce una estenosis luminal; el hematoma resultante puede producir un pseudoaneurisma a ese nivel.¹

La DACC suele ser una causa poco frecuente de isquemia cerebral en adultos jóvenes ya sea desencadenada por traumatismos cervicales o de aparición espontánea. Aunque habitualmente acontece en arterias sanas hay casos secundarios a enfermedades que producen una alteración de la pared arterial y facilitan la aparición de la disección, como la displasia fibromuscular (presente en un 15% de las disecciones arteriales de carótida), las placas de ateroma y las enfermedades de Ehlers Danlos y de Marfan, entre otras.²

Cuando la clínica es compatible, inicialmente, la tomografía axial computadorizada (TAC) y la resonancia magnética (RM) cerebrales son útiles para descartar otras causas de déficit focal neurológico octal; la RM puede poner sobre la pista de una DACC (imágenes de doble luz arterial). La confirmación se realiza por arteriografía (angio-RM o arteriografía digital selectiva) y, de forma indirecta, por eco-Doppler de troncos supra-aórticos (TSA), el que suele mostrar una ausencia de flujo carotídeo sin evidencia de ateroma o, incluso, una doble luz en el vaso. En ocasiones la angio-RM puede ser más útil que la arteriografía debido a su capacidad para visualizar la hemorragia intramural en la pared arterial. Se ha demostrado que la sensibilidad de los estudios mediante RM y angio-RM es globalmente mayor (88%) si se usa la técnica de 3D-TOF.³ La hemorragia intramural puede detectarse en las secuencias T1-spin-echo con saturación grasa y los colgajos intinales y la estenosis de la luz pueden visualizarse mediante angio-RM 3D-TOF y PC.¹

El tratamiento consiste en la anticoagulación inicial, con posteriores controles clínicos y de neuroimagen, para determinar el momento de la recanalización y de retirada de la anticoagulación. Menos de un 2% de los pacientes presentan isquemia recurrente al año del alta.⁴

PRESENTACIÓN DE LA PACIENTE

Se trata de una paciente femenina de 34 años de edad, con antecedentes de salud aparente, que comenzó con cefalea hemicraneal y dificultad a la deglución tras un acceso de tos. Acudió a su médico de asistencia que le indicó un ultrasonido (US) de partes blandas del cuello; con el uso complementario de las técnicas de Doppler se detectó, a nivel de la carótida interna del lado izquierdo, una imagen hipocogénica que rodeaba la luz arterial de la arteria carótida con disminución de la misma, compatible con una imagen de trombosis versus pseudoaneurisma carotídeo por posible disección carotídea izquierda. Fue ingresada en la Sala de Angiología para estudio y tratamiento.

Se realizaron las siguientes pruebas complementarias:

- Radiografía de tórax, ecocardiograma y analítica general: normales
- TAC craneal: normal

- Eco-Doppler de TSA: en el lado izquierdo imagen hipoeecogénica que rodeaba la luz arterial visible compatible con imagen de trombosis (estenosis 60%), con luz permeable pero reducida; sospecha ecográfica de posible disección carotídea izquierda (figura 1).
- RM cerebral y angio-RM: confirman el hallazgo ecográfico
- La angio-TAC: mostró disección de la arteria carótida interna izquierda con pseudoaneurisma y estenosis filiforme secundaria (figura 2).

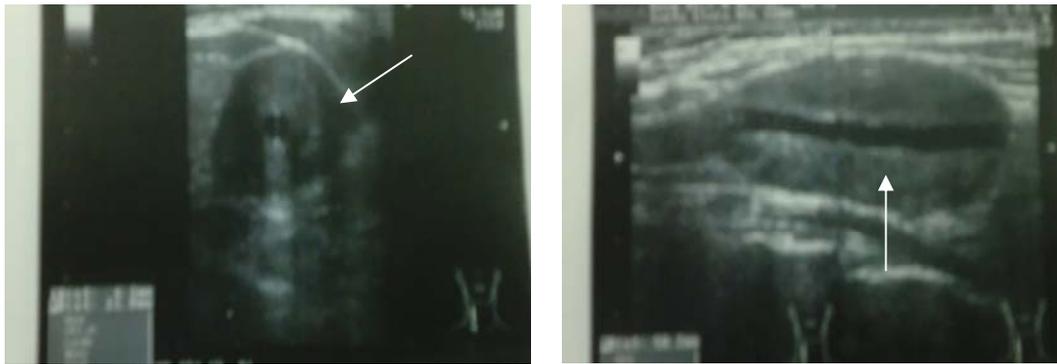


Figura 1.a) Corte transversal. b) Corte longitudinal

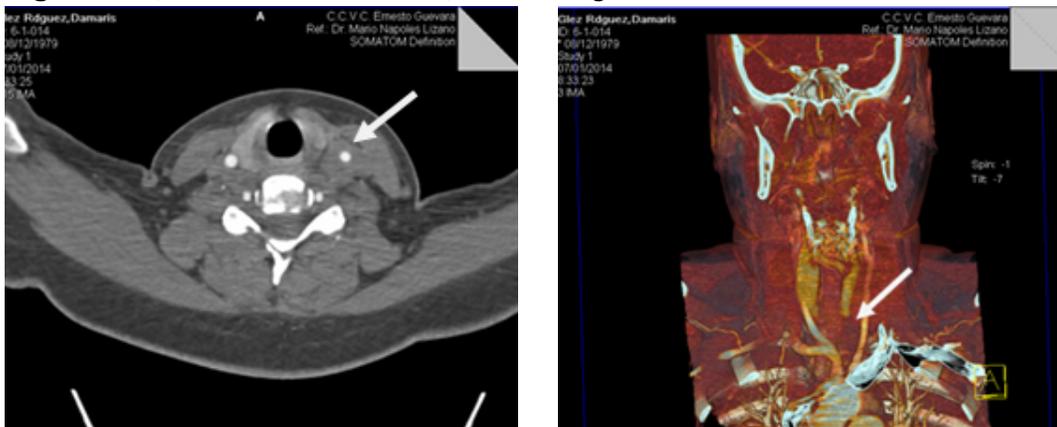


Figura 2.a) Corte axial. b) Reconstrucción

COMENTARIO FINAL

Existen buenos informes de la presentación clínica de la disección de la arteria carótida interna (DECI). Los síntomas más comunes de la DACI son la cefalea y el dolor cervical (o ambos). Durante la fase inicial de la DACI puede formarse el pseudoaneurisma, que en pocas semanas puede crecer; con el tiempo puede permanecer sin cambios, disminuir de tamaño o resolverse. La resolución de los aneurismas es más común en las disecciones espontáneas que en las traumáticas.^{1,2}

Numerosas publicaciones han mostrado la asociación entre trauma cervical menor y esfuerzos físicos significativos con disecciones cerebrovasculares (25 a 41% de los casos). Se ha descrito en relación a tos, vómito, parto, levantamiento de pesas, empujar vehículos, maniobras quiroprácticas en cuello, flexo-extensión cervical de los rockeros, uso prolongado del teléfono con flexión de cuello y rotaciones cervicales.

En la actualidad se utilizan tres técnicas radiológicas para confirmar la sospecha clínica de una disección cerebrovascular: la ultrasonografía, la imagen por resonancia magnética y la angiografía por sustracción digital.

El tratamiento consiste en anticoagulación, de tres a seis meses, para luego continuar con aspirina. El tratamiento quirúrgico se ha reservado para aquellos aneurismas residuales sintomáticos, la mayoría de ellos por disección traumática de la arteria carótida interna extracraneana.

La escasa experiencia que existe con este tipo de procedimiento y la buena evolución de la disección y el pseudoaneurisma con tratamiento conservador hace que la terapia endovascular no sea considerada como tratamiento de primera línea, al igual que el abordaje quirúrgico.⁷

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos la colaboración especial de Lisandra Pérez Pozo, alumna de la carrera de Medicina de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz" de Villa Clara, en la realización de esta investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez P, Martínez J, Ruiz M, Blázquez JA, del Llano JE. Evaluación de la estenosis de la arteria carótida interna por angiografía RM con contraste: revisión sistemática de la bibliografía. Radiología. 2004;46:20-8.
2. Santos AL, Ramos M, Delgado F, Cano A, Bravo F. Angio-TC en la evaluación de estenosis de la bifurcación arterial carotídea: comparación con arteriografía por sustracción digital intraarterial. Radiología. 2006;43(6):273-78.
3. Field TS, Benavente OR. Current status of antiplatelet agents to prevent stroke. Curr Neurol Neurosci Rep. 2011 Feb;11(1):6-14. doi: 10.1007/s11910-010-0162.
4. Castro-Reyes E, González-García A, en representación del Grupo Español de Neurorradiología Intervencionista (GENI). Tratamiento endovascular de la enfermedad carotídea. Situación actual, aspectos técnicos y capacitación profesional. Rev Neurol. 2005;41(12):749-56.
5. Brott TG, Hobson RW, Howard G, Roubin GS, Clark WM, Brooks W, et al. CREST Investigators. Stenting versus endarterectomy for treatment of carotid-artery stenosis. N Engl J Med. 2010 Jul 1;363(1):11-23. doi: 10.1056/NEJMoa0912321. Epub 2010 May 26.
6. Alcazar PP, García BE, Fandiño BE. Avances en neurorradiología intervencionista. Radiología. 2010;52(Supl.2):46-55.
7. Marquardt L, Geraghty OC, Mehta Z, Rothwell PM. Low Risk of Ipsilateral Stroke in Patients With Asymptomatic Carotid Stenosis on Best Medical Treatment. A Prospective, Population-Based Study. Stroke. 2010 Jan;41(1):e11-7. doi: 10.1161/STROKEAHA.109.561837.

Recibido: 1-4-15

Aprobado: 4-5-15

María Cristina Pozo del Sol. Hospital Clínico Quirúrgico "Arnaldo Milián Castro".
Avenida Hospital Nuevo e/ Doble Vía y Circunvalación. Santa Clara, Villa Clara, Cuba.
Código Postal: 50200 Teléfono: (53)(42)270000 mariaps@hamc.vcl.sld.cu