

Agenesia unilateral de la arteria carótida interna

M.J. Álvarez-Uría Tejero, A. Sáiz-Ayala, C. Fernández-Rey, E. Santamarta-Liévana

AGENESIA UNILATERAL DE LA ARTERIA CARÓTIDA INTERNA

Resumen. Introducción. La agenesia unilateral de arteria carótida interna es una anomalía del desarrollo extremadamente rara (incidencia: 0,01%). Su diagnóstico generalmente es incidental durante la realización de una prueba radiológica. La mayoría de los casos descritos son sujetos adultos con síntomas de patología cerebrovascular. En este artículo revisamos la anatomía, el diagnóstico diferencial y las implicaciones clínicas de esta malformación, entre las que destaca una mayor prevalencia de aneurismas cerebrales. Casos clínicos. Presentamos dos casos de agenesia de arteria carótida interna, uno en el lado derecho en una niña de 4 años, y otro en el lado izquierdo en una mujer de 58 años. Conclusiones. La tomografía computarizada de alta resolución para demostrar la ausencia de canal carotídeo en la base del cráneo y la angiorresonancia magnética son las pruebas radiológicas utilizadas para confirmar su diagnóstico. Aunque la mayoría de los casos permanecen asintomáticos, su detección es fundamental cuando se plantea una cirugía de la carótida, ya que la vascularización de ambos hemisferios cerebrales puede depender de la carótida ateromatosa que vamos a tratar. [ANGIOLOGÍA 2009; 61: 213-7]

Palabras clave. Agenesia. Anatomía. Arteria carótida interna. Malformación congénita. Polígono de Willis. Resonancia magnética.

Introducción

La agenesia de la arteria carótida interna (ACI) es una anomalía congénita muy infrecuente, poco conocida, descrita por primera vez por Tode en el año 1787, tras un examen de necropsia [1]. Son menos de 150 los casos recogidos en la bibliografía internacional desde entonces, e incluyen tanto la agenesia como la aplasia y la hipoplasia de este vaso, dentro del término, 'ausencia de ACI'.

La mayoría de los diagnósticos se produce de ma-

nera incidental durante un examen radiológico, tomografía computarizada (TC), resonancia magnética (RM), angio-RM, arteriografía o eco-Doppler [2].

La ausencia unilateral de ACI conlleva el desarrollo de circulación colateral compensatoria, fundamentalmente a través del polígono de Willis, que generalmente es suficiente para el mantenimiento de la perfusión cerebral, por lo que la mayoría de los pacientes permanecen asintomáticos durante un largo período de tiempo y los casos que se diagnostican en la infancia son muy pocos [3].

El motivo de este artículo es dar a conocer esta rara entidad, así como sus implicaciones clínicas y quirúrgicas, aportando dos casos nuevos estudiados mediante angio-RM, técnica no invasiva que permite la valoración de la carótida extracraneal, así como de la anatomía del polígono de Willis.

Aceptado tras revisión externa: 21.04.09.

Servicio de Radiodiagnóstico II. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo, Asturias, España.

Correspondencia: Dra. M.ª Jesús Álvarez-Uría Tejero. Carpio, 8-10, 4.º D. E-33009 Oviedo (Asturias). E-mail: uriaabitus@hotmail.com

© 2009, ANGIOLOGÍA

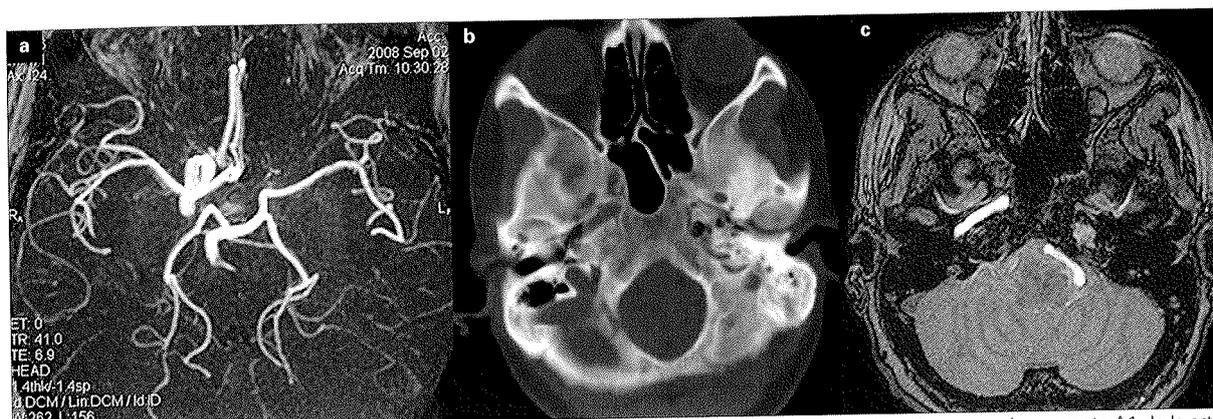


Figura 1. a) Angio-RM cerebral en proyección superior que demuestra la ausencia de la arteria carótida interna y el segmento A1 de la arteria cerebral anterior izquierdas, y la hipertrofia compensadora de la arteria comunicante posterior ipsilateral que suple a la arteria cerebral media; b) TC sin contraste con ventana ósea que muestra la ausencia de canal carotídeo izquierdo en la base del cráneo; c) Imagen fuente de angio-RM 3D TOF que muestra la ausencia de flujo de la arteria carótida interna izquierda a ese nivel.

Casos clínicos

Caso 1. Mujer de 58 años de edad que tiene como antecedentes patológicos de interés fibromialgia, colon irritable, hipertensión arterial controlada con tratamiento médico e hipercolesterolemia. Acude al servicio de urgencias en varias ocasiones con síntomas compatibles con síncope de repetición. Por ello se le realizaron estudios de TC craneales en los que no se evidenciaron hallazgos patológicos significativos.

En la exploración física únicamente cabe destacar una discreta disimetría del miembro superior derecho y una ligera hiperreflexia rotuliana en el miembro inferior homolateral, así como cierta inestabilidad en la prueba de Romberg.

Estos hallazgos llevaron a la solicitud de una RM cerebral y angio-RM intra y extracraneal, que revelaron la ausencia de ACI izquierda y del segmento A1 de la cerebral anterior ipsilateral, por lo que el territorio cerebral dependiente de la arteria cerebral anterior izquierda era suplido mediante la arteria comunicante anterior (ACoA), y la arteria cerebral media (ACM) dependía del eje vertebrobasilar a través de la arteria comunicante posterior (ACoP) homolateral hipertrofiada (Fig. 1a). El estudio del parénquima cerebral no mostró hallazgos patológicos.

La TC con ventana ósea demostró la ausencia completa de canal carotídeo izquierdo en la base del cráneo (Fig. 1b y c).

Las arterias carótida común y carótida externa (ACE) estaban presentes, aunque la primera era de menor calibre de lo habitual (Fig. 2).

Caso 2. Niña de 4 años de edad sin antecedentes patológicos que acude a la consulta por cefalea hemisférica intensa, que llega incluso a interrumpir el sueño.

No se encontraron alteraciones en la exploración física ni en las pruebas analíticas. Ante la sospecha de malformación arteriovenosa se decide realizar RM cerebral y angio-RM.

El estudio del parénquima cerebral no mostró alteraciones, y en la angio-RM se observó la ausencia congénita de la ACI derecha. En el polígono de Willis existía compensación a través de las arterias comunicantes posteriores y la ACoA (Fig. 3).

En este caso también se observó la ausencia de canal carotídeo en la base del cráneo.

Discusión

La ausencia congénita de ACI resulta una anomalía

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2867967>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2867967>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)