Revascularización cerebral inusual tras la corrección de un pseudoaneurisma carotídeo recurrente

A.Y. Ysa-Figueras [a], A. Arruabarrena-Oyarbide [a], M.T. Rodríguez-Bustabad [a], I. López-Vidaur [b], E. Gainza [b]

REVASCULARIZACIÓN CEREBRAL INUSUAL TRAS LA CORRECCIÓN DE UN PSEUDOANEURISMA CAROTÍDEO RECURRENTE

Resumen. Introducción. *La aparición de pseudoaneurismas tras endarterectomía carotídea es una complicación poco habitual. Su corrección se asocia a una notable morbimortalidad, y ante la imposibilidad de reestablecer la continuidad del flujo, puede ser incluso necesaria la ligadura arterial.* Caso clínico. *Varón de 73 años de edad con un pseudoaneurisma desarrollado tras once años de la corrección inicial de un primer pseudoaneurisma que precisó la ligadura de la arteria carótida primitiva. El estudio hemodinámico completo (dúplex y Doppler transcraneal) confirmó la presencia del pseudoaneurisma, la oclusión de la carótida primitiva y la permeabilidad de las arterias carótida interna (ACI) y externa (ACE). Además, se objetivó la correcta perfusión de la arteria cerebral media directamente a través del flujo invertido originado en la ACE. Ante estos hallazgos y la sospecha de un sustrato infeccioso, se practicó la resección del pseudoaneurisma y una anastomosis terminoterminal ACE/ACI, y se desestimó una revascularización convencional (anatómica/extraanatómica) o la ligadura arterial distal. Cultivos perioperatorios positivos para* Staphylococcus aureus. *En el postoperatorio inmediato, no se observan eventos neurológicos ni lesión de pares craneales. El paciente se mantuvo con tratamiento antibiótico (cloxacilina) domiciliario durante seis semanas. El control ecográfico al mes y a los seis meses de seguimiento confirmó la permeabilidad de la técnica y la ausencia de signos de sobreinfección.* Conclusiones. *Este caso refleja el beneficio de realizar un estudio hemodinámico completo intra/extracraneal previo a establecer una estrategia de revascularización óptima en situaciones clínicas inusuales. Además, confirma la potencial viabilidad de la utilización de la ACE como fuente de flujo directo para la revascularización cerebral en presencia de oclusión de carótida primitiva. [ANGIOLOGÍA 2009; 61: 35-40]*

Palabras clave. *Aneurisma. Carótida. Infección. Pseudoaneurisma.*

Introducción

Los pseudoaneurismas tras endarterectomía carotídea (TEA) son una patología infrecuente [1]. La morbimortalidad asociada a su tratamiento es significativamente mayor que la de la TEA convencional [2], y no es infrecuente la necesidad de practicar ligadura carotídea en caso de imposibilidad de revascularización [3]. Presentamos una inusual corrección de un pseudoaneurisma carotídeo basada en el estudio hemodinámico previo.

Caso clínico

Varón de 73 años de edad que consulta por masa laterocervical izquierda de una semana de evolución (Fig. 1). Intervenido previamente en 1996 mediante

Aceptado tras revisión externa: 09.02.09.

[a] Servicio de Cirugía Vascular. [b] Servicio de Radiología. Hospital de Cruces. Barakaldo, Vizcaya, España.

Correspondencia: Dr. August Ysa Figueras. Servicio de Cirugía Vascular. Hospital de Cruces. Pl. Cruces, s/n. E-48903 Barakaldo (Vizcaya). E-mail: august.ysa@osakidetza.net

Agradecimientos. A X. Arruabarrena, por su inestimable colaboración en la edición de las imágenes del caso.

© 2009, ANGIOLOGÍA

Figura 1. Masa laterocervical.

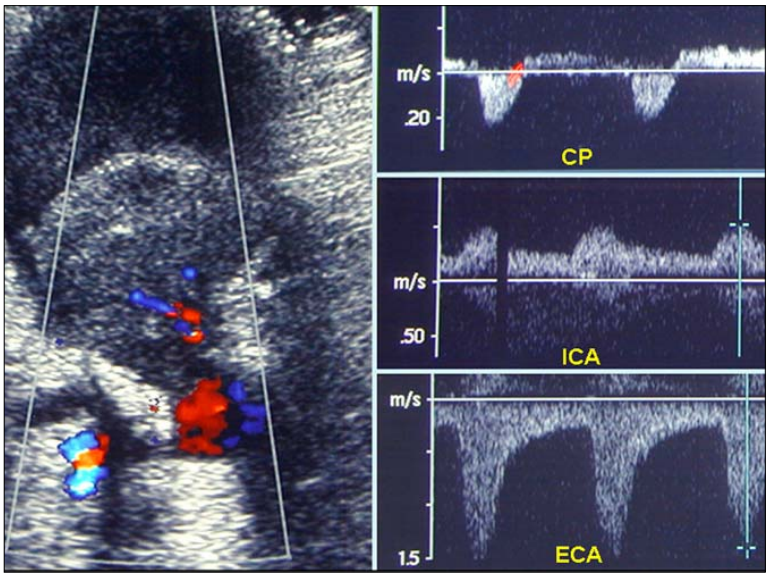

Figura 2. Dúplex que muestra el pseudoaneurisma carotídeo (izquierda). CP: imagen típica de flujo en 'yin yang' en el pseudoaneurisma; ICA: flujo anterógrado en la arteria carótida interna; ECA: flujo invertido en la arteria carótida externa.

TEA (con cierre arterial directo) por estenosis sintomática de la arteria carótida interna (ACI) izquierda. Seis meses después es reintervenido ante la presencia de un pseudoaneurisma carotídeo en la zona endarterectomizada (resección + sutura simple del punto de sangrado). Se obtienen cultivos peroperatorios positivos para *Enterobacter aerogenes*. En el postoperatorio inmediato hay sangrado masivo incontrolable que obliga a practicar la ligadura de la arteria carótida primitiva izquierda a nivel proximal, tras la cual el paciente desarrolla afasia y hemiparesia derecha. Tras este episodio, durante el seguimiento se observa una recuperación *ad integrum* de su clínica neurológica y en las pruebas de imagen (dúplex/TC) de control no se objetiva recurrencia de infección.

Once años después de este segundo procedimiento, el paciente consulta a urgencias por una nueva tumoración laterocervical izquierda de una semana de evolución. No tiene fiebre ni signos inflamatorios. No hay signos de infección orofaríngea ni cervical de vecindad. En la exploración se observa una masa compacta, no dolorosa y sin pulsatilidad franca. Presenta una analítica sin alteraciones significativas. Se practica tomografía computarizada (TC) que muestra la presencia de un pseudoaneurisma en la bifurcación carotídea de 5,5 cm, parcialmente trombosado y con un cuello amplio. A nivel intracraneal, la TC informa de lesión corticosubcortical frontal posterior izquierda compatible con lesión isquémica residual.

Tras este hallazgo, se realiza una consulta a nuestro servicio, que solicita un estudio hemodinámico preoperatorio completo para determinar la estrategia terapéutica. Dúplex: oclusión extensa de la carótida primitiva, flujo invertido en carótida externa (ACE) y, finalmente, ACI permeable con ondas Doppler de flujo normal (Fig. 2). Dúplex transcraneal: arteria cerebral media izquierda (ACM) con ondas de flujo normal y velocidades pico sistólicas de 110 cm/s. No hay inversión del flujo intracraneal de cerebral anterior ni del resto de arterias del polígono de Willis.

Se interviene al paciente con anestesia general. Intraoperatoriamente se observa pseudoaneurisma por rotura completa de la sutura de la endarterectomía previa con moderada reacción inflamatoria perianeurismática. Así mismo, hay presencia de pulso en el origen de la ACI, que desaparece tras el pinza-

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/2868143

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/2868143

Daneshyari.com