

NOTA CLÍNICA

Disección traumática de la arteria carótida interna por el cinturón de seguridad: descripción de dos casos

M. López-Sánchez*, M.A. Ballesteros-Sanz, A. Pérez-Ceballos, C. González-Fernández y F. López-Espadas

Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria), España

Recibido el 25 de junio de 2008; aceptado el 15 de diciembre de 2008

Disponible en Internet el 17 de septiembre de 2009

PALABRAS CLAVE

Cinturón de seguridad;
Arteria carótida;
Disección;
Infarto cerebral;
Traumatismo cerrado

KEYWORDS

Safety belt;
Carotid artery;
Dissection;
Cerebral infarct;
Blunt trauma

Resumen

La disección traumática de la arteria carótida interna (DTACI) por traumatismo cerrado es una entidad rara e infradiagnosticada, y su incidencia es del 0,08–0,4% entre los pacientes que presentan lesiones traumáticas. El espectro de la lesión traumática de la arteria carótida interna incluye desde lesiones menores, como el espasmo, lesiones intimaes o contusiones hasta pseudoaneurismas y oclusión completa. La presentación clínica tardía es típica, incluyendo cefalea, hemiparesia, síndrome de Horner y parálisis de nervios craneales. La embolización secundaria a la disección puede provocar ictus isquémico con resultados que pueden ser fatales. La DTACI secundaria al cinturón de seguridad es muy rara, debida habitualmente al trauma cervical directo en el lado de la fijación al hombro con lesiones equimóticas externas típicas en el trayecto del cinturón. Presentamos 2 casos de DTACI con infarto cerebral asociado debida al cinturón de seguridad, y se discuten los aspectos clínicos, diagnósticos y terapéuticos propios de la lesión.

© 2008 Elsevier España, S.L. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados.

Traumatic dissection of the internal carotid artery by a safety belt: A report of two cases

Abstract

Traumatic internal carotid artery dissection secondary to blunt trauma is a rare event accounting for 0.08 to 0.4% of all traumatic lesions. The spectrum of traumatic lesions that can affect the internal carotid artery includes minor lesions like spasm, intimal tears, or mural contusions and serious lesions like pseudoaneurysms and complete occlusion. Delayed clinical presentation is typical and can include headache, hemiparesis, partial Horner's syndrome, and cranial nerve palsy. Embolization secondary to the dissection can have devastating effects because it may cause ischemic stroke.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: martalopez@humv.es (M. López-Sánchez).

Traumatic internal carotid artery dissection after safety belt trauma is very rare; it is usually due to direct cervical trauma on the side of the shoulder fixation point, which causes external bruising along the pathway of the safety belt. We present two cases of traumatic internal carotid artery dissection with concomitant cerebral infarcts caused by safety belts; we discuss the clinical, diagnostic, and therapeutic aspects of this lesion.

© 2008 Elsevier España, S.L. and SEMICYUC. All rights reserved.

Introducción

El uso del cinturón de seguridad ha logrado disminuir la morbimortalidad en accidentes de circulación, pero su uso no está exento de riesgo. Garret y Braunstein describieron el síndrome del cinturón de seguridad en 1962¹. La fractura esternal con lesiones cutáneas asociadas es distintiva del síndrome².

La disección traumática de la arteria carótida interna (DTACI) es una de las lesiones traumáticas más infradiagnosticadas, con una incidencia en el trauma cerrado de cuello del 0,08–0,4%³, del 0,67% en el caso de colisiones con vehículos de motor y cercana al 1% cuando se realiza el estudio angiográfico a pacientes de riesgo⁴.

La DTACI secundaria al cinturón de seguridad es extremadamente rara, con sólo 4 casos descritos en la literatura médica revisada por los autores^{5–8}. Todos los pacientes estaban asintomáticos al ingreso y presentaban lesiones equimóticas en el cuello. Presentamos 2 casos con infarto cerebral concomitante.

Caso 1

Varón de 69 años, portador de cinturón de seguridad, que conducía su vehículo y tuvo una colisión frontal con otro vehículo sin pérdida de consciencia. Inicialmente presentaba hipotensión (85/60) que se revirtió con cristaloides. Se lo trasladó a la UCI, y se observó traumatismo torácico con contusión pulmonar bilateral, fractura esternal, fracturas costales derechas y fractura abierta tipo II de Gustillo de calcáneo derecho. Presentaba lesión en el cuello por el cinturón. A las 2 horas de su ingreso se efectuó artrodesis subastragalina derecha.

A las 24 h del accidente se observó bradipsiquia con disfasia motora. La tomografía computarizada (TC) craneal mostró lesión corticosubcortical temporoparietal izquierda, compatible con infarto isquémico agudo en el territorio frontera, así como signos de atrofia cortical moderada (fig. 1). El estudio Doppler de carótida extracraneal reflejó asimetría de flujos, tanto en las arterias carótidas primitivas como en sus ramas internas, los índices de resistencia en el lado izquierdo eran de menor intensidad y estaban aumentados. La angio-TC cervical evidenció una imagen en “doble luz” en la arteria carótida interna (ACI) cervical izquierda, existía contraste puntiforme en la porción más distal de la ACI cervical y se apreciaba ausencia de contraste periférico; se volvió a contrastar de forma normal la ACI a la altura del sifón carotídeo; todo esto era compatible con DTACI. Se inició antiagregación con 200mg de ácido acetilsalicílico (AAS) y se le dio el alta a planta 4 días más tarde con discreta disfasia sensitiva.

Caso 2

Mujer de 27 años, gestante de 27 semanas, portadora de cinturón de seguridad, conductora, que tuvo un choque frontal contra otro vehículo en una maniobra de adelantamiento, presentaba traumatismo craneoencefálico con pérdida de consciencia.

En el servicio de urgencias presentó una puntuación de 15 en la escala de coma de Glasgow; a los 90 min del accidente desarrolló disartria y afasia, sin observarse afección obstétrica.

Ingresó en la UCI a las 2 h y 15 min del accidente, con afasia motora, hemiplejía derecha proximal y reflejo cutáneo plantar derecho extensor, marca cutánea del cinturón de seguridad en la zona abdominal y en la región cervical lateral izquierda. Se realizó una TC craneal y una ecografía-Doppler extracraneal sin hallazgos patológicos. A

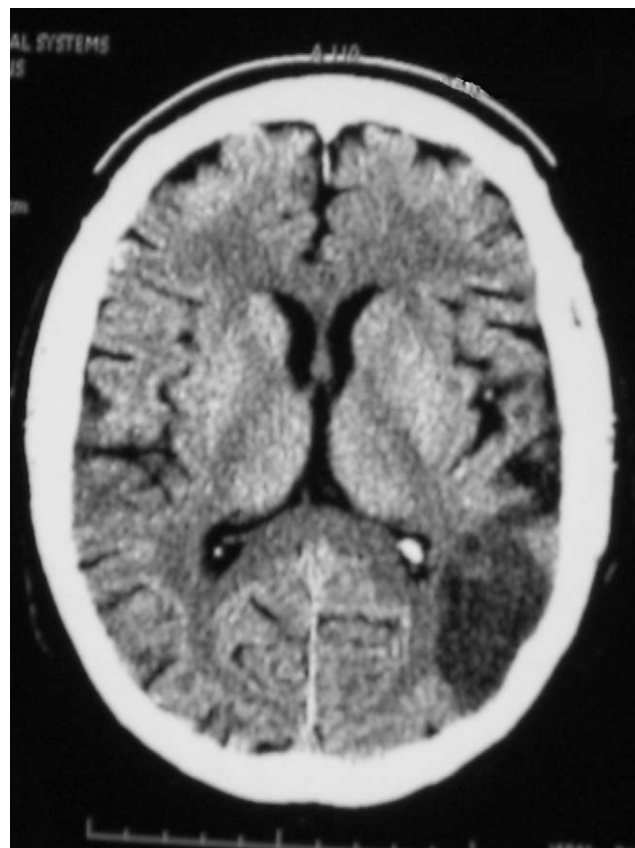


Figura 1 Tomografía computarizada craneal: lesión corticosubcortical temporoparietal izquierda compatible con infarto agudo isquémico en el territorio frontera. Atrofia cortical moderada.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3112866>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3112866>

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