



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-049 - MANEJO QUIRÚRGICO DE ANEURISMA DE CARÓTIDA INTERNA EN PACIENTE ASINTOMÁTICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

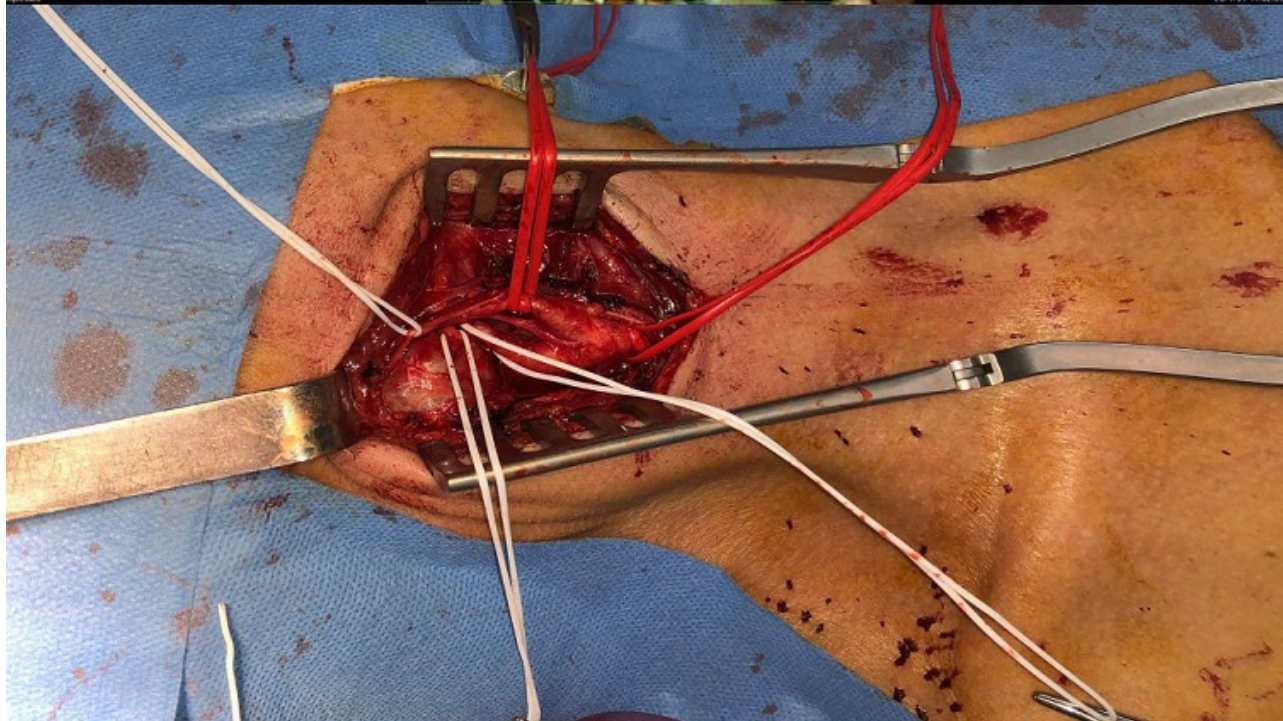
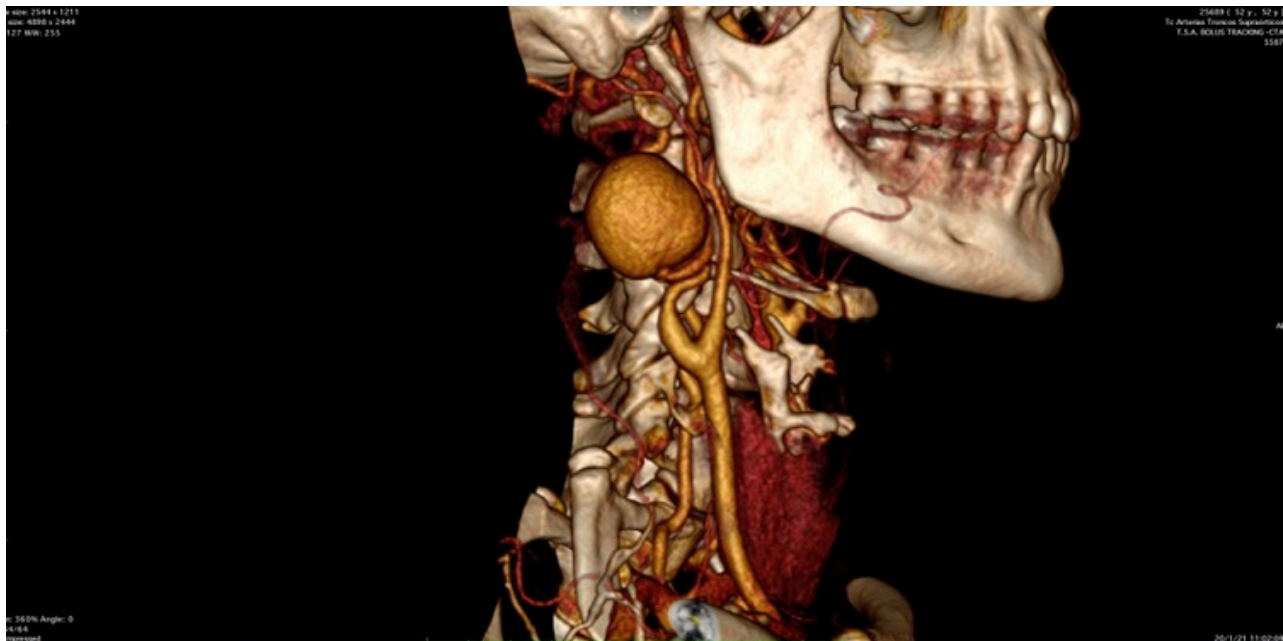
Déniz Ramírez, Ariadna María; Zacapa Espinosa, Omar Alberto; García García, Laura; Banda Bustamante, Roberto; Durán Consoli, Juan Carlos; Betancor Heredia, Pedro Airam; Justo García, Irene Gemma

Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

Introducción: El aneurisma carotídeo es una entidad muy poco frecuente, que supone una incidencia entre el 0,1 y 2% respecto a los demás tipos aneurismas. La localización más frecuente es a nivel del bulbo carotídeo y en la arteria carótida interna proximal. Una gran parte de los casos permanecen asintomáticos hasta que pueden producir síntomas neurológicos isquémicos, suponiendo gran importancia la detección y tratamiento. Los síntomas más comunes son diplopía, cefalea, visión borrosa y fotofobia. Los signos vienen dados por la compresión de los nervios craneales adyacentes, tales como oftalmoplejía, neuralgia del trigémino, ptosis proptosis y defectos visuales. La historia natural del aneurisma carotídeo se asocia con un crecimiento paulatino, elevado riesgo de eventos tromboembólicos, síntomas de compresión nerviosa y eventualmente rotura.

Caso clínico: Paciente mujer de 52 años sin antecedentes de interés que es derivada desde su centro de atención primaria, por tumoración palpable en región cervical derecha. Asintomática. Se realiza ecografía que informa de masa sacular de arteria carótida interna (ACI) derecha. A la palpación de pulsos, presentes en extremidades superiores e inferiores. A nivel carotídeo derecho, latido expansivo. No soplos. TAC de arterias supraórticas, hallazgos compatibles con adecuada potenciación vascular tras la administración de contraste yodado endovenoso, plenificando los vasos supraórticos de forma satisfactoria, reconociendo una dilatación aneurismática sacular, en el espacio laterocervical derecho, que mide aproximadamente 3 × 1,9 cm de diámetro, proveniente de la ACI ipsilateral, con un cuello de 5 mm, justo en el segmento proximal ACI, donde muestra un bucle vascular y acodadura significativa. Dicho aneurisma presenta adecuada plenificación tras la administración de contraste yodado, sin evidenciar trombo en su interior. Se decide intervención quirúrgica de forma preferente. En quirófano se visualiza aneurisma de ACI derecha de unos apróx. 2,7-3 cm sin signos de complicación. Se realiza incisión de aprox. 10 cm, 1 cm por debajo de ángulo de la mandíbula en dirección hacia escotadura, disección por planos hasta llegar a trípode carotideo con control de arteria carótida común, arteria carótida externa, ACI preaneurisma y salida posterior a este. anticoagulación con 5 mil unidades de heparina sódica. Se mide tensión arterial sistólica, a nivel de muñón donde presenta 89 mmHg pre-clampaje y 67 mmHg posterior a este, se decide realizar el procedimiento sin utilización de *shunt*. Ligadura cabo proximal y distal del aneurisma con seda y se excluye el aneurisma, sección de los cabos de ACI y procedemos a anastomosis termino-terminal de ACI. Tiempo total de isquemia 25 minutos. Se desclampa secuencialmente y se constata flujo distal en ACI. Posoperatorio sin incidencias, siendo alta al tercer día de su intervención.



Discusión: A esta patología se asocia frecuentemente debilidad estructural de la pared de la arteria carótida interna, generalmente atribuida a hipertensión arterial. La principal indicación quirúrgica es la prevención de los eventos tromboembólicos. En nuestro caso, consideramos que el tratamiento quirúrgico convencional es de elección, dado el bajo número de complicaciones. El tratamiento endovascular del mismo, se podría plantear en pacientes correctamente seleccionados.