

DISPLASIA FIBROMUSCULAR CAROTIDEA BILATERAL TRATADA QUIRURGICAMENTE: DESCRIPCION DE UN CASO

F. VIDAL CONDE*, J. M.^a RIBO HERNANDO**, M. VILA-BIOSCA***, J. MUNCUNILL GIL*,
J. MAÑOSA BONAMICH*, M. DIAZ ZAMORA* y J. SABATES MALLORQUES*

Hospital de Mutua de Tarrasa. Tarrasa, Barcelona (España)

La displasia fibromuscular (D.F.M.) fue descrita en 1938 por **Leadbeatter** (1) a nivel de las arterias renales como causa de hipertensión vasculorenal. Posteriormente, en 1964, ha sido también descrita por **Palubinskas** (2) como causa de insuficiencia cerebrovascular por producir lesiones estenosantes y ectasiantes en las arterias con destino cervical.

Se trata de una arteriopatía de etiología desconocida, de predominio femenino y que se caracteriza por una fibrosis parietal, con o sin hiperplasia de las fibras musculares, que afecta predominantemente la capa media de las arterias de pequeño o mediano calibre, pero que puede interesar igualmente las otras tónicas y asociarse a una destrucción de las fibras elásticas (3).

Radiológicamente, las imágenes de estenosis se alternan con zonas de dilataciones dando la imagen de «collar de perlas» (4, 5).

La localización de dicha arteriopatía en las arterias cérvico-cefálicas, descrita por **Palubinskas** y **Ripley**, lo hace generalmente sólo a nivel de la porción extracranial de las carótidas internas, siendo rara su localización intracraneal y en la carótida externa (6, 7, 8).

En la revisión de la literatura mundial hasta 1980 sobre la D.F.M., **Rebollo** y colaboradores sólo encontraron 68 casos, aportando estos autores dos nuevos casos (9). En 1982, **Mettinger** publica en «Stroke» (10), 300 casos de D.F.M. de localización carotídea de un total de 1.100 casos en todas las localizaciones arteriales.

El primer caso de D.F.M. tratado quirúrgicamente fue publicado por **Connet** (11) en 1965, realizando una resección de carótida interna e injerto con safena. **Morris** y **De Bakey** (12), en 1968, describen la técnica de las dilataciones progresivas utilizando dilatadores de vías biliares. **Morris** (13), en 1981, publica los resultados quirúrgicos de 25 pacientes operados, con un seguimiento de 4 a 12 años.

En nuestro trabajo se presenta un caso de D.F.M. de localización carotídea interna bilateral, que ha sido estudiado y tratado en el Servicio Vascular de la Mutua de Tarrasa.

* Servicio de Cirugía Vascular.

** Servicio de Neurología.

*** Servicio de Cirugía Máxilo-Facial.

Descripción del caso

Mujer de 40 años, madre de 2 hijos sanos y que trabaja como cortadora en una fábrica textil.

Motivo de ingreso

En 11.10.85, estando en casa, después de una deposición, notó que no podía mover bien la mano y brazo derechos; esta dificultad aumentó hasta quedar el brazo paralizado. Unos minutos más tarde se quedó sin poder hablar, pero entendía todo lo que le decían. Algunos minutos más tarde ya podía mover el brazo derecho, aunque no completamente. Acudió a Urgencias donde se la practicó un TAC craneal que fue normal, y se inició heparina I.V. Al día siguiente empezó a poder hablar, si bien con dificultad para pronunciar, y podía mover la mano y brazo derechos bien, con normalidad. La emisión de la palabra ha ido mejorando. No ha presentado otros síntomas neurológicos,

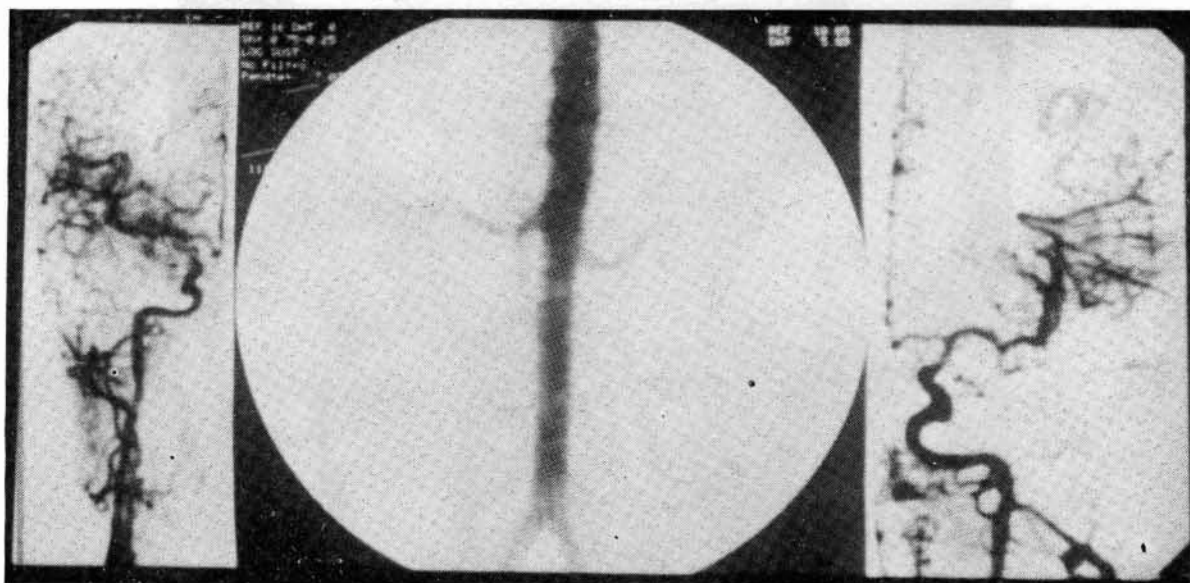


FIG. 1.- DIVAS. Otras localizaciones de la displasia fibromuscular: Territorio intracranial y arterias renales sin patología.

No hay antecedentes patológicos familiares ni personales de interés. No hipertensa, no diabética, no contraceptivos orales, no cardiopatía.

Exploración neurológica al ingreso en el Servicio de Neurología:

E.M. (estado mental): Alerta, orientada en tiempo, persona, espacio. Memoria conservada. Disfasia motora. Parafasias.

Craneales: Fondo ojo normal. Movimientos oculares normales, pupilas isocóricas, reacción luz directa y consensualmente. Resección corneal ++/+++. No asimetrías faciales. Uvula centrada. Lengua línea media. No soplos cefálicos.

Motor: Tono y fuerza normales.

Coordinación: D-N y T-R normales.

Sensibilidad: Dolor-posición normales.

Curso clínico

A su ingreso se hizo el diagnóstico de trombosis cerebral en hemisferio izquierdo. La paciente fue mejorando progresivamente de la afasia. La analítica general fue normal. Se suspendió la heparina y se practicó angiografía cerebral y de los troncos supraaórticos, resultando con imágenes compatibles con displasia fibromuscular en la carótida izquierda y estenosis carotídea derecha, probablemente por la misma causa. Un nuevo TAC craneal a las 48 horas del ingreso demostró un infarto fronto-temporal izquierdo. El ecocardiograma fue normal.

El DIVAS practicado a nivel de las arterias renales y vascularización cerebral intracraneal eran normales (fig. 1).

Con el diagnóstico de displasia fibromuscular de localización carotídea bilateral se programó la intervención quirúrgica en dos tiempos, primero del lado izquierdo y a los 3 meses del lado derecho.

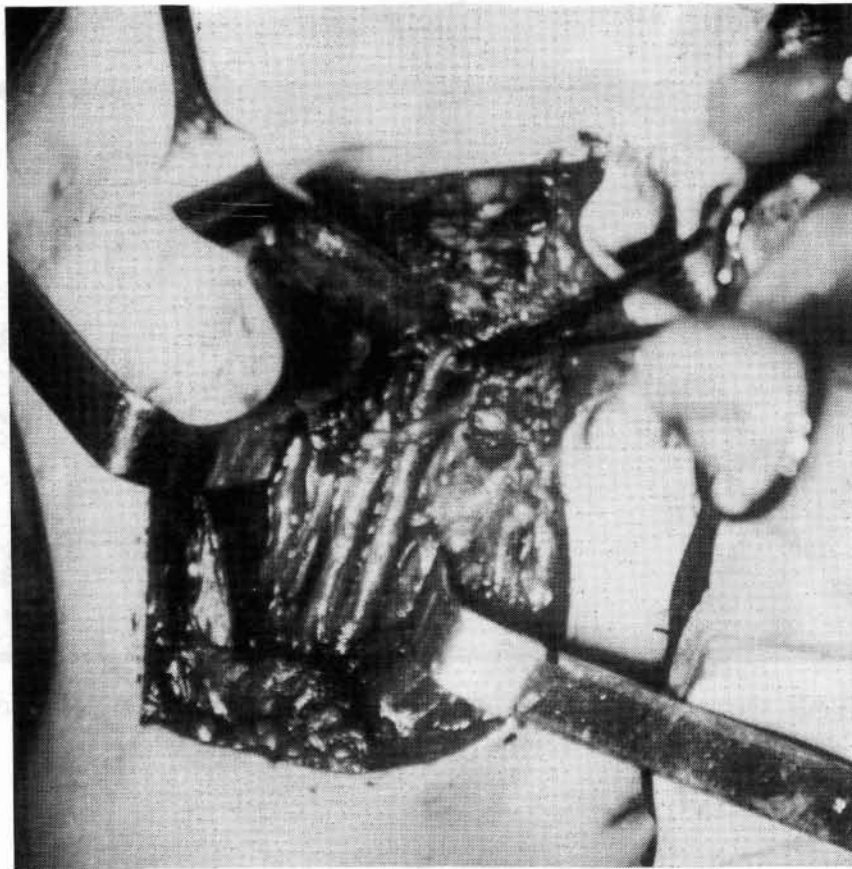


FIG. 2.- Control operatorio de la carótida interna extracraneal.

Bajo anestesia general y tras reseca un segmento de 15 cm de vena safena interna, se practica una incisión a nivel del cuello, preesterno — mastoidea prolongada por detrás de la oreja izquierda (fig. 2).

Control del eje carotídeo e infiltración del glomus. La carótida primitiva presentaba una fibrosis periarterial muy marcada, dando la impresión de una arteria disecada previamente. La disección de carótida interna y resección de su adventicia, se prolongó desde su origen hasta la región retro-estiloidea. Arteriotomía transversa

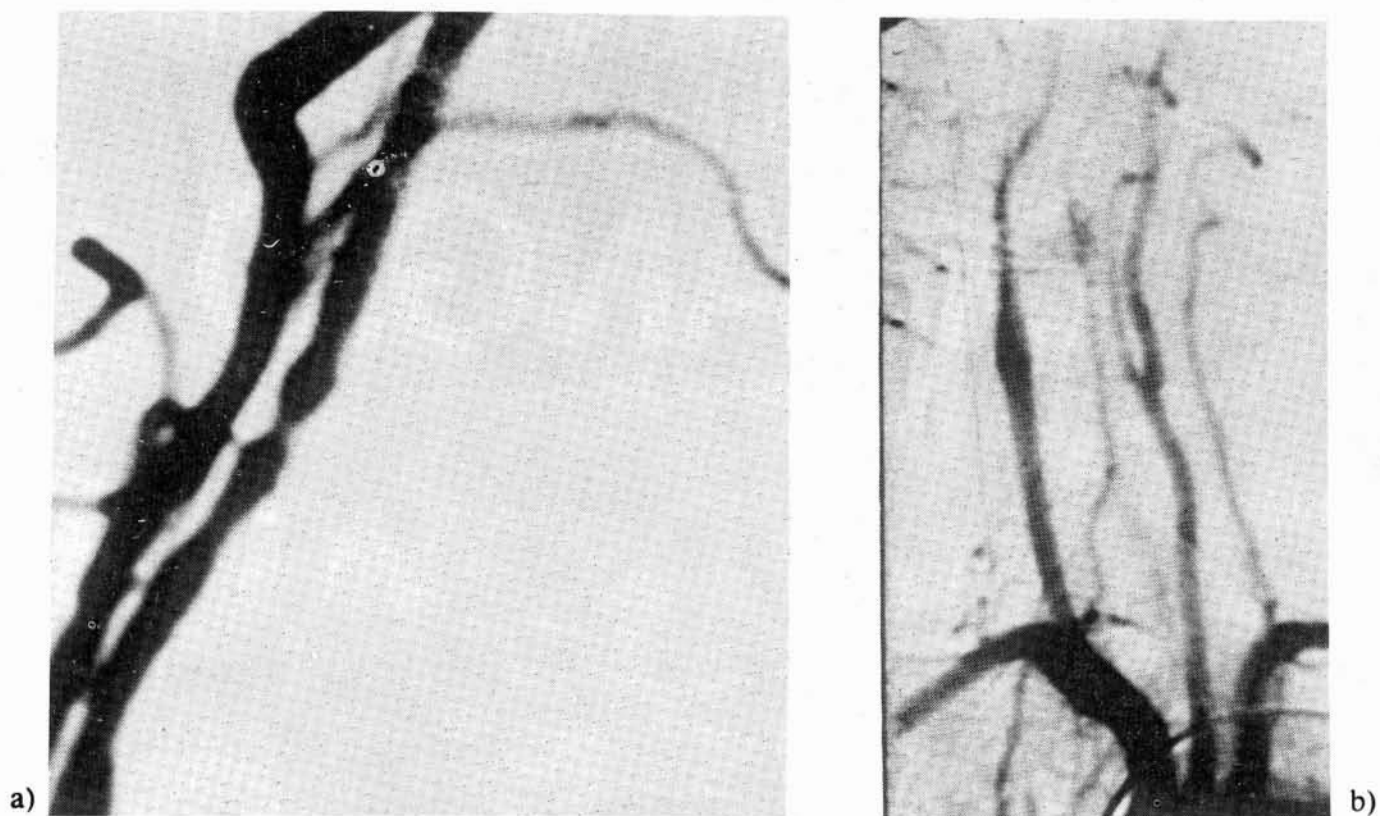


FIG. 3.- a) DIVAS preoperatorio de carótida izquierda.
b) Control postoperatorio a los doce meses.

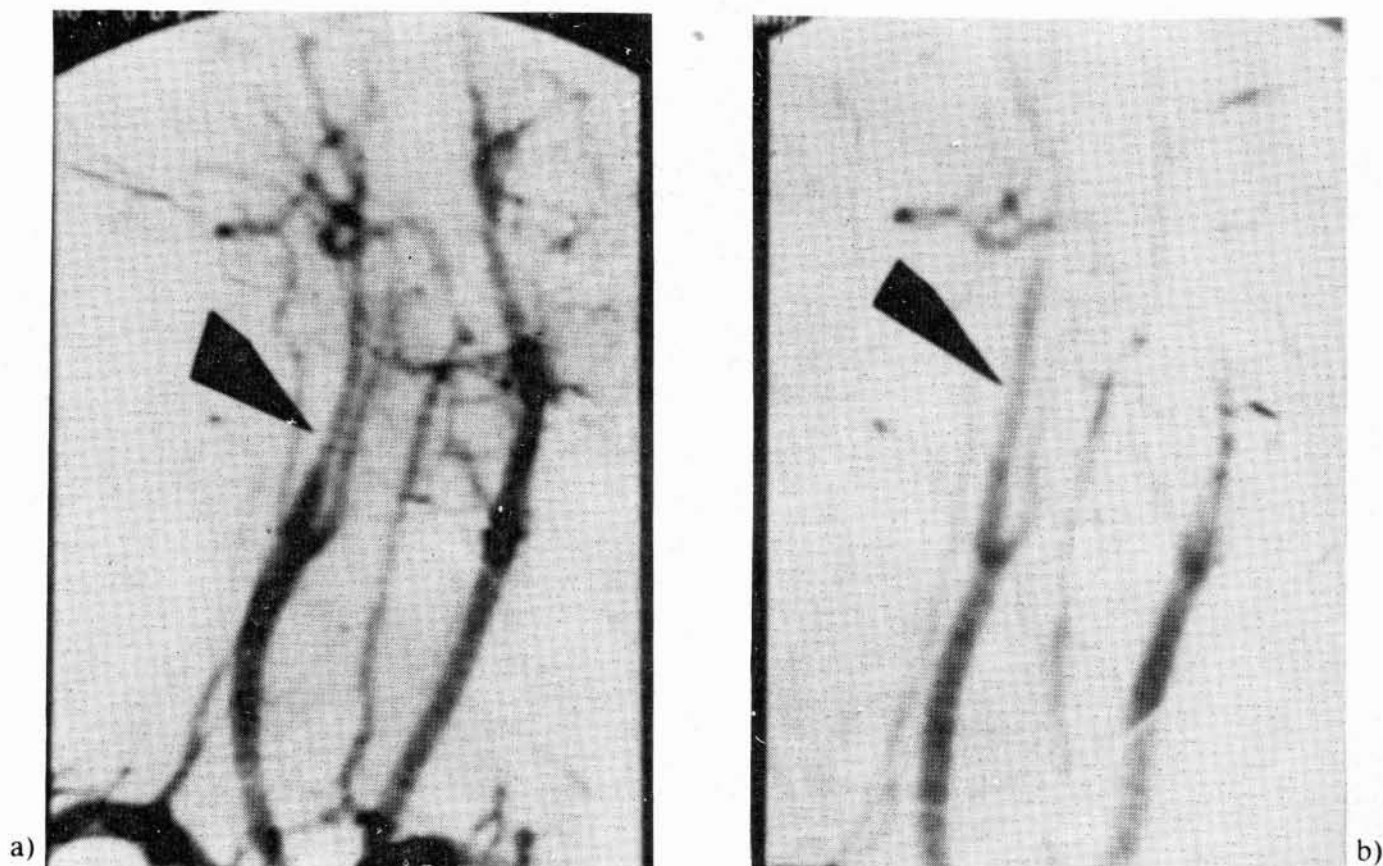


FIG. 4.- a) DIVAS preoperatorio de carótida derecha.
b) Control postoperatorio a los nueve meses.

de carótida primitiva, previa hemostasia con «vessel-loops» e introducción progresiva de los dilatadores de vías biliares, según la técnica de **Morris y De Bakey** (2,5 cm, 3, 4 y 5 cm). Durante estas maniobras se deja refluir la sangre por carótida interna para evitar un accidente embólico. Las dilataciones progresivas dan un aspecto satisfactorio a la pared carotídea, cerrando la arterioestenosis con 3 puntos de Prolene 5/0.

El postoperatorio cursa sin complicaciones y la paciente es dada de alta a los 9 días de la intervención. A los 3 meses de ésta, se realiza la misma técnica sobre la carótida derecha, obteniendo idéntico resultado.

Los controles neurológicos periódicos muestran la ausencia de síntomas y signos de afectación del S.N.C. La paciente se reincorporó a su trabajo habitual, completamente restablecida.

Los controles angiográficos practicados mediante DIVAS, tanto inmediatos como a los 12 meses de la primera intervención, muestran la buena permeabilidad de ambas carótidas internas en su porción extracraneal (figs. 3 y 4).

No se observan cambios en relación a la primera exploración postoperatoria.

RESUMEN

Los autores presentan un nuevo caso de displasia fibromuscular de carótida interna bilateral tratado quirúrgicamente.

Se trata de una mujer de 40 años de edad y la localización displásica carotídea era bilateral. La técnica quirúrgica fue la preconizada por **Morris y De Bakey** con dilatadores de vías biliares.

SUMMARY

After some brief commentaries about fibromuscular dysplasia, a case, localized in both carotid arteries, is described.

BIBLIOGRAFIA

1. LEADBETTER, W. F.; BURKLAND, C. E.: Hypertension in unilateral renal disease. «J. Urol.» (Baltimore), 39: 611-626, 1938.
2. PALUBINKAS, A.; RIPLEY, M. R.: Fibromuscular hyperplasia in extracranial arteries. «Radiology», 82: 451-454, 1964.
3. ANDRE, J. M.: Les dysplasies vasculaires systématisées. Thèse de Médecine, Nancy, 1972.
4. ANDRE, J. M.; PICARD, L.; KISSEL, P.: Les angiodysplasies systématisées. «J. Neuroradiol.», 1: 3, 1974.
5. THEVENET, A.: Dysplasies fibreuses de la carotide interne. Encycl. Méd. Chir. (Paris, France). Techniques chirurgicales, Chirurgie Vasculaire, 43195, 4-7.
6. PALUBINSKAS, A. J.; NEWTON, T. M.: Fibromuscular hyperplasia of the internal carotid arteries. «Radiol. clin. bil.», 34: 365, 1965.
7. SANDOK, B. A.; HOUSER, O. N.; BAKER, H. L.; HOLLEY, K. E.: Fibromuscular dysplasia. Neurological disorders associated with disease involving the great vessels in the neck. «Arch. Neurol.», 24: 462, 1971.
8. OSBORN, A. G.; ANDERSON, R. C.: Angiographic Spectrum of Cervical and intracranial fibromuscular dysplasia. «Stroke», 8: 617, 1977.

9. REBOLLO ALVAREZ-AMANDI, M.; BERCIANO BLANCO, J. A.; COMBARROS PAS-CUAL, O.; VAQUERO RUIPEREZ, A.: Displasia fibromuscular de las arterias cérvico-cefálicas. Presentación de dos casos y revisión de la literatura. «Med. Clin.» (Barcelona), 74: 98-103, 1980.
10. KART L. METTIGER: Fibromuscular displasia and the brain current concept of the disease. «Stroke», 13: 53, 1982.
11. CONNETT, M. C.; LANSCHÉ, J. M.: Fibromuscular hyperplasia of the internal carotid artery: Report of a case. «Anuals of Surgery», 162: 59, 1965.
12. MORRIS, G. C.; LECHTER, A.; DE BAKEY, M. E.: Surgical treatment of fibromuscular disease of the carotid artery. «Arch. Surg.», 96: 636-643, 1968.
13. STARR, D. S.; LAWRIE, G. M.; MORRIS, G. C.: Fibromuscular disease of carotid arteries: long term results of graduated internal dilatation. «Stroke», 12: 196-199, 1981.