

## Pseudoaneurisma del tronco tirocervical: tratamiento endovascular

L. Fernández-Alonso<sup>a</sup>, F. Urtasun<sup>b</sup>, J.M. Jiménez-Arribas<sup>a</sup>, J. Alegret<sup>a</sup>,  
M. Atienza-Pascual<sup>a</sup>, R. Centeno-Vallepuga<sup>a</sup>, J. Barberena<sup>b</sup>, C. Aranzadi<sup>a</sup>



**Figura 1.** Angiorresonancia magnética que demuestra la existencia de un pseudoaneurisma del tronco tirocervical.

Las lesiones del tronco tirocervical son raras debido a su localización profunda en el cuello, y su causa más frecuente es la punción accidental de la arteria durante la cateterización de la vena yugular interna o

de la vena subclavia [1]. Su presentación clínica, por tanto, suele ser aguda en forma de masa pulsátil en el cuello, dolorosa o en forma de sintomatología derivada de fenómenos de robo. Menos frecuente es su presentación tardía en casos de pseudoaneurismas por traumatismos cerrados.

*Aceptado tras revisión externa: 29.01.08.*

<sup>a</sup> Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. <sup>b</sup> Servicio de Radiología Intervencionista. Hospital de Navarra. Pamplona, Navarra, España.

Correspondencia: Dr. Leopoldo Fernández-Alonso. Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital de Navarra. Irúnlarrea, s/n. E-31008 Pamplona (Navarra). E-mail: leopoldofa@gmail.com

© 2008, ANGIOLOGÍA

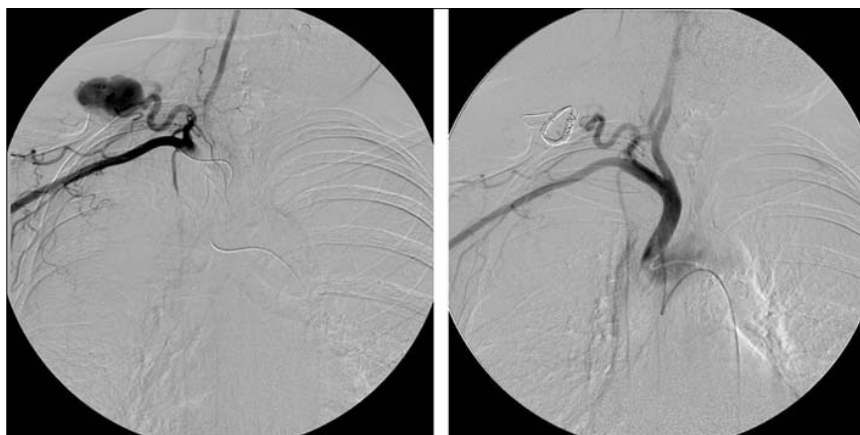
**Caso clínico.** Mujer de 66 años que consultó por una tumoración supraclavicular derecha de larga evolución, con crecimiento durante las últimas semanas

acompañado de dolor y mareos ocasionales. Entre sus antecedentes destacaba un accidente de tráfico hacía más de 20 años con traumatismo torácico y cervical cerrado por el cinturón de seguridad. No constaban intentos previos de canulación de los vasos cervicales. En la exploración, llamó la atención la existencia de una masa supraclavicular no pulsátil, no dolorosa, de unos 3 cm de diámetro. Se auscultó además un soplo supraclavicular. La angiorresonancia demostraba la existencia de un pseudoaneurisma del tronco tirocervical de 2,5 cm de diámetro (Fig. 1).

Cuando se discutió el caso, se decidió un tratamiento endovascular por vía femoral derecha, cate-terizar selectivamente la arteria y embolizar el vaso con *coils* (Fig. 2). El postoperatorio transcurrió sin incidencias y la paciente fue dada de alta a las 24 h. A los tres meses, la enferma se encontraba asintomática, la masa cervical había desaparecido y en la angiorresonancia de control se constató la ausencia de fugas y la desaparición del pseudoaneurisma (Fig. 3).

**Discusión.** El diagnóstico de sospecha de los pseudoaneurismas del tronco tirocervical es clínico, aunque debe completarse con un eco-Doppler y es muy recomendable realizar una angiografía o una angiorresonancia si se plantea su reparación quirúrgica. De hecho, son estas pruebas de imagen las que determinan la actitud terapéutica.

Si se trata de un defecto parcial en la pared del vaso, puede estar indicada la reparación con un *stent* cubierto [2]. La cirugía abierta es una alternativa eficaz y segura, pero el control de los vasos a través de una incisión cervical puede ser dificultoso [3]. El tra-



**Figura 2.** Arteriografía perioperatoria que muestra la exclusión del pseudoaneurisma tras la embolización con *coils*.



**Figura 3.** Angiorresonancia magnética realizada a los tres meses del tratamiento, donde se observa la desaparición del pseudoaneurisma tratado.

tamiento endovascular mediante embolización con *coils* constituye una técnica efectiva, sin requerimientos anestésicos y de probada eficacia en otros territorios, por lo que es, probablemente, la mejor de las opciones posibles [4].

## Bibliografía

---

1. Shield CF III, Richardson JD, Buckley CJ, Hagood CO Jr. Pseudoaneurysm of the brachiocephalic arteries: a complication of percutaneous jugular vein catheterization. *Surgery* 1975; 78: 190-4.
2. Chalmers RT, Brittenden J, Bradbury AW. The use of endovascular stented graft in the management of traumatic false aneurysm: a caveat. *J Vasc Surg* 1995; 22: 337-8.
3. Demetriades D, Asensio JA, Velmahos G, Thal E. Complex problems in penetrating neck trauma. *Surg Clin North Am* 1996; 76: 661-83.
4. Dwivedi AJ, Cherukupalli C, Dayal R, Krishansastri KV. Endovascular treatment of false aneurysm of the thyrocervical trunk. *Vasc Endovasc Surg* 2007; 41: 77-9.