

Casos en imagen 2.—ENFERMEDAD DE CASTLEMAN RETROPERITONEAL

Presentación clínica

Varón de 70 años de edad que consulta tras un episodio brusco de déficit motor en hemicuerpo izquierdo y trastornos del lenguaje, sin cefalea acompañante.

Antecedentes personales: fumador, hipertenso, operado de isquemia crónica de miembros inferiores con un *by-pass* aorto-bi-femoral.

En TC y RM cerebral se describen lesiones de aspecto isquémico en lóbulo temporal, frontal y en tálamo derecho.

Diagnóstico definitivo

Obstrucción en el origen de la carótida común izquierda

Flujo retrógrado en la carótida externa y anterógrado en la carótida interna.

Abreviaturas

CCI. Carótida común izquierda

CEI. Carótida externa izquierda

CII. Carótida interna izquierda

VI. Vertebral izquierda

AIT. Accidente isquémico transitorio

Comentario

La obstrucción de la carótida común es un hecho relativamente raro. Se encuentra en un 0,5-5% de las arteriografías realizadas en pacientes sintomáticos, aunque la prevalencia puede ser mayor ya que existen algunos casos asintomáticos.

En la mayoría de las series es más frecuente la obstrucción en el lado izquierdo, la diferencia ha sido atribuida a la diferencia de longitud de la carótida primitiva izquierda o a la dinámica de flujo, aunque es dudoso que la diferencia sea significativa (1).

Las causas pueden ser variadas (2) la más frecuente es la arteriosclerosis, otras menos frecuentes son; la displasia fibromuscular, enfermedades del tejido conectivo, fibrosis posradiación, arteritis, estenosis postraumáticas.

Con frecuencia se asocia con afectación de la CI que induce la clínica dominante.

La presentación clínica es muy variable (3): AIT, amaurosis fugax, síntomas vértigo-basílares o relacionados con hipoperfusión global. Esta variedad de síntomas se debe al complejo patrón de circulación contralateral.

Los mecanismos de producción de la hipoperfusión pueden ser de dos tipos:

- a) Hipoperfusión cerebral u ocular secundaria a la estenosis
- b) Con émbolos procedentes del fondo de saco de la arteria ocluida.

El diagnóstico con arteriografía en la estenosis u obstrucción de la CC es sencilla, sin embargo, sólo permite detectar en un 17% de los casos la permeabilidad distal a la bifurcación.

El método más sencillo de diagnóstico es la ecografía Doppler ya que define la presencia de flujo y su dirección en los vasos.

En nuestro caso no visualizamos directamente el lugar de la obstrucción ya que la lesión ocupaba un estrecho segmento en el

inicio de la CCI de localización endotorácica, por ello el diagnóstico se realizó con Doppler color y espectral.

Los hallazgos están en relación con la hemodinámica del proceso, que se podría resumir así: como no entra sangre en la CC, se establece un fondo de saco de baja resistencia. La CE y la CI están permeables. A través de la CE entra sangre por sus múltiples anastomosis a través de colaterales como:

- Tronco arterial tirocervical
- Ramas musculares de la arteria vertebral ipsilateral y de la CE contralateral

Parte de esa sangre se va en dirección anterógrada y parte en dirección retrógrada atraída por la baja presión del fondo de saco de la CC, avanzando en dirección retrógrada en sístole, chocando con la obstrucción y volviendo en dirección anterógrada en diástole, dirigiéndose preferentemente hacia la CI en dirección anterógrada atraída por un territorio de baja presión típico del cerebro y circulando a muy baja velocidad.

Otra forma de mantener el flujo, que no es este caso, sería en flujo retrógrado de CI a través del polígono de Willis. Esta segunda forma es menos frecuente aunque ha sido descrita (4).

El descubrimiento de la permeabilidad en CI y CE con oclusión de la CC tiene una gran influencia en la planificación del tratamiento e indicación de la endarterectomía en caso de que la CI sea la permeable o si lo es la CE y se producen síntomas de insuficiencia o embolismos oftálmicos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Martin RS, Edwards WH, Mulherin JR. Surgical treatment of common carotid artery occlusion. *The American Journal of Surgery* 1993;165:302-6.
- 2 Keller H, Valvanis A, Imhof HD, Turina M. Patency of internal and external carotid artery in the presence of an occluded common carotid artery: Non invasive evaluation with combined cerebrovascular Doppler examination and sequential computed tomography. *Stroke* 1984;15:149-57.
- 3 Belkin M, Mackey WC, Pessin MS, Caplan LR, O'Donnell T. Common carotid artery occlusion with patent internal and external carotid arteries: Diagnosis and surgical management. *Journal of vascular surgery* 1993;17:1019-28.
- 4 Dashefsky S, Cooperberg P, Harrison P, Reid J, Araki D. Total occlusion of the common carotid artery. Identification with color flow doppler imaging. *Ultrasound Med.* 1991; 10:417-21.

Correspondencia:

Carmen Campos Álvarez.
C/ Pérez de la Sala, 18-4.º A
33007 Oviedo. Asturias
e-mail: mcampos@interbook.net