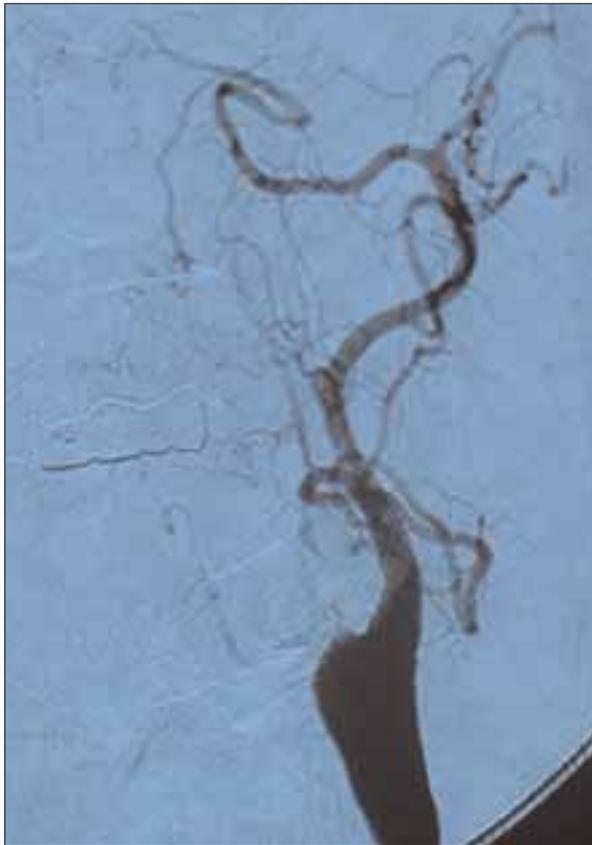


## Pseudooclusión carotídea. A propósito de un caso

H. Cubillas-Martín, J.A. del Castro-Madrazo,  
A. Amer-Zanabali Al-Sibbai, J.M. Gutiérrez-Julián



**Figura 1.** Arteriografía: permeabilidad de la carótida interna.



**Figura 2.** Arteriografía: signo de la cuerda.

*Caso clínico.* El paciente es un varón de 68 años, con antecedentes de tabaquismo y un accidente cerebrovascular del hemisferio izquierdo tres meses antes,

con hemiplejía derecha, trastorno del lenguaje y buena recuperación funcional. Ingresado en el Servicio de Neurología de nuestro hospital, se diagnosticó mediante eco-Doppler de probable trombosis de la carótida interna izquierda sin lesiones hemodinámicamente significativas en el eje carotídeo contralateral. Se solicitó una angiorresonancia (angio-RM) de los troncos supraaórticos y se demostró una esteno-

*Servicio de Angiología y Cirugía Vascular II. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo, Asturias, España.*

*Correspondencia: Dr. Hugo Cubillas Martín. Víctor Sáenz, 17, 2.º D. E-33006 Oviedo (Asturias). E-mail: cubillas1975@hotmail.com*

© 2006, ANGIOLOGÍA

sis crítica de la carótida interna izquierda, mayor del 95%. Ante la ausencia de concordancia entre la ecografía y la resonancia, se realizó un estudio angiográfico y se confirmó la permeabilidad de la carótida interna izquierda, con una imagen de estenosis preoclusiva y filiforme, con estrechamiento de la carótida interna distal ('signo de la cuerda') [1] (Figs. 1 y 2). Se decidió la intervención quirúrgica, mediante una endarterectomía carotídea izquierda, más la plastia de la safena interna antemaleolar. La placa preoclusiva tenía las características de una placa mixta compleja, fibrocalcificada y con hemorragia intraplaca. La presión retrógrada de la carótida interna fue de 93 mmHg. El postoperatorio discurrió sin complicaciones. Se realizó una angio-RM de los troncos supraaórticos de control, donde se apreció la reperfusión de la carótida interna, con un calibre distal aceptable (Fig. 3).

*Discusión.* Dentro de la patología carotídea, las pseudooclusiones corresponden a menos del 4% de la cirugía de este territorio [2]. En la bibliografía se puede hallar una diversidad de opiniones acerca del beneficio que aporta la revascularización de la carótida interna en estos casos. Los resultados de algunos estudios apuntan a que las estenosis sintomáticas muy graves, cercanas a la oclusión, con una importante disminución del diámetro de la carótida interna distal, presentan una baja probabilidad de nuevos episodios isquémicos y tienen un buen pronóstico con tratamiento médico [3]. En este caso se consideró indicada la exploración quirúrgica, dado que se



Figura 3. Angiorresonancia postoperatoria.

trataba de un paciente sintomático, con estudios no invasivos discordantes y que presentaba una arteriografía que confirmaba la permeabilidad de la carótida interna izquierda.

## Bibliografía

1. Kniemeyer HW, Aulich A, Schlachetzki F, Steinmetz H, Sandmann W. Pseudo and segmental occlusion of the internal carotid artery: a new classifications, surgical treatment and results. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 1996; 12: 310-20.
2. Furst G, Saleh A, Wenserski F, Malms J, Cohnen M, Aulich A, et al. Reliability and validity of non-invasive imaging of internal carotid artery pseudo-occlusion. *Stroke* 1999; 30: 1444-9.
3. Rothwell PM, Gutnikov SA, Warlow CP, for the European Carotid Surgery Trialists Collaboration. Reanalysis of the final results of the European Carotid Surgery Trial. *Stroke* 2003; 34: 514-23.