



CARTA CLÍNICA

Compresión de la vía aérea superior secundaria a un pseudoaneurisma carotídeo



Compression of the upper airway secondary to carotid pseudoaneurysm

El pseudoaneurisma carotídeo es una entidad excepcional, con una incidencia del 0,3%. Su frecuencia es mayor en hombres¹. Las causas más frecuentes son los traumatismos contusos, la cateterización de vías centrales, los traumatismos balísticos, la displasia fibromuscular y la arterioesclerosis².

Históricamente, los aneurismas sífilíticos eran responsables de una elevada incidencia de esta patología³. La clínica puede presentarse en el transcurso de días o meses y se caracteriza por una masa cervical, que puede ser sintomática o asintomática, palpable, que tiende a comprimir las estructuras adyacentes pudiendo provocar disfagia, disnea, rotura y equimosis del área, ocasionando una alta morbimortalidad que muchas veces requiere intervención quirúrgica de manera urgente. Algunos autores citan como complicaciones más frecuentes y que inician de manera más precoz las neurológicas^{1,2,4}.

Presentamos los casos de 2 pacientes, con antecedentes previos de ingreso en unidad coronaria y unidad de cuidados intensivos, con desarrollo de pseudoaneurisma carotídeo por traumatismo sobre la arteria tiroidea superior tras la cateterización de vía central.

Mujer de 76 años, con antecedentes personales (AP) de: hipertensión arterial (HTA), anticoagulada por fibrilación auricular de años de evolución, insuficiencia cardíaca, ingreso reciente en unidad de coronarias por síndrome coronario agudo. Acude a urgencias presentando odinofagia y tos de 3 días de evolución secundaria a tumoración laterocervical izquierda. En la exploración se evidencia una masa delimitada, pulsátil y con soplo a la auscultación; se realizó tomografía computarizada (TAC) de urgencia con resultado de pseudoaneurisma de origen incierto que desplaza de manera contralateral el esófago y la tráquea (fig. 1). Tras resultado de TAC, se nos interconsulta de forma urgente. Se realizó ecografía Doppler de troncos supraaórticos, donde se evidenció su etiología dependiente de arteria tiroidea superior (fig. 1).

Mujer de 66 años con AP de HTA, trombosis venosa profunda. Ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos por tromboembolismo pulmonar que precisó intubación orotraqueal y tratamiento con heparina de bajo peso molecular a dosis terapéuticas. Se realizó cateterización de vena yugular interna y tras la misma presentó gran hematoma cervical izquierdo y masa pulsátil palpable. Se solicitó una TAC, concluyente con hematoma cervical con desplazamiento de tráquea y esófago (fig. 2).

Se decidió cirugía urgente para la reparación de ambos pseudoaneurismas por el compromiso de la vía aérea. Se realizó un abordaje clásico carotídeo con control del eje carotídeo izquierdo y del saco aneurismático, reparación del mismo más drenaje de la cavidad. Se realizó ligadura de la arteria tiroidea superior, que en ambos casos fue el foco de sangrado. Tras 8 y 10 días de posquirúrgico, respectivamente, las pacientes fueron dadas de alta sin complicaciones. *Resultados anatomía patológica:* Dilatación sacular con cambios de fibrosis intimal con focos de recanalización vascular.

Al año de seguimiento, ambas pacientes han evolucionado satisfactoriamente, sin complicaciones ni eventualidades.

Algunos autores citan para el diagnóstico una combinación de 2 estudios de imagen más la clínica compatible. Es importante, de cara al primer contacto con el paciente, la realización de diagnósticos diferenciales con otras entidades que se manifiesten con tumoración cervical y provoquen desviación de la vía aérea superior. Las principales entidades con las que debemos realizar diagnóstico diferencial son adenopatías cervicales asociadas a procesos inflamatorios crónicos, patología inflamatoria e infecciosa malformaciones, tumoraciones benignas y/o malignas⁵. Según la literatura, la mejor prueba diagnóstica es la angiorresonancia magnética⁶.

Los pseudoaneurismas de la arteria carótida asociados con traumatismos penetrantes deben tratarse como otras lesiones vasculares, con cirugía abierta con reparación local. Raramente es necesaria la ligadura de la arteria carótida interna, aunque resultaría apropiado cuando existe una oclusión distal en un paciente neurológicamente asintomático. Si fuese preciso ligar la arteria carótida interna sería necesaria la oclusión progresiva de la misma. En caso de ser necesaria una oclusión inmediata, está indicada la terapia con anticoagulación postoperatoria con el fin de disminuir

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2016.07.015>

1138-3593/© 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

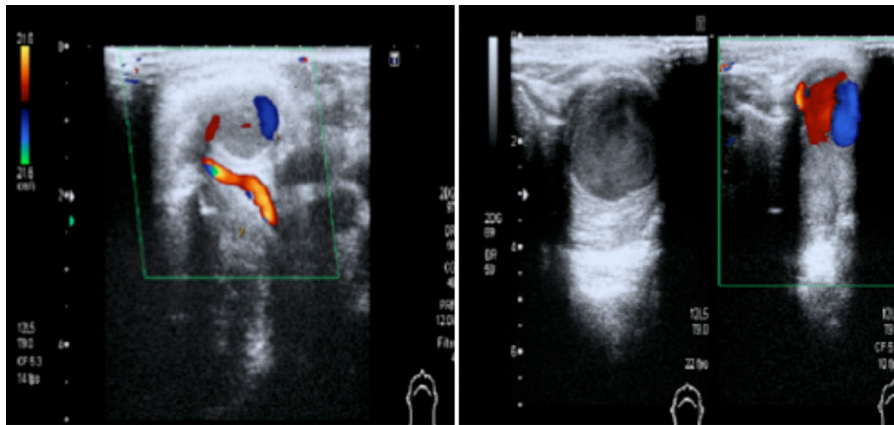


Figura 1 Ecografía troncos supraaórticos donde se visualiza la presencia de imagen típica den ying yang de pseudoaneurisma.

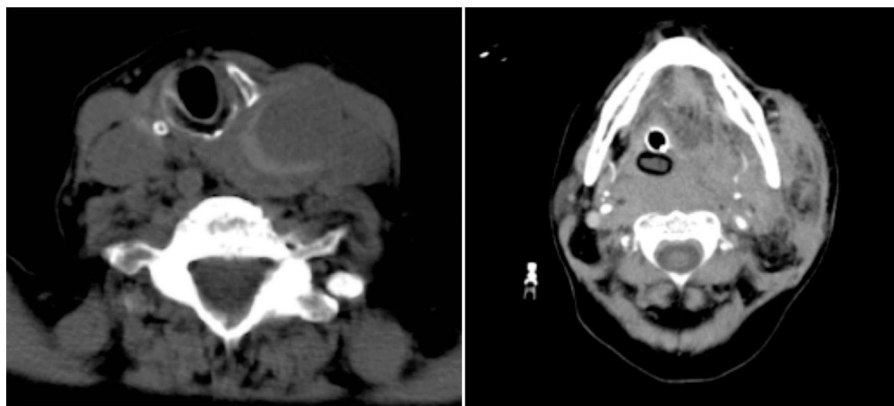


Figura 2 Tomografía computarizada: podemos visualizar imagen de masa cervical izquierda que desplaza los elementos de la línea media.

el riesgo de accidente cerebrovascular. El tratamiento de las lesiones penetrantes en relación con pseudoaneurismas conlleva una alta morbimortalidad⁶.

La reparación endovascular mediante stents es factible, pero conlleva el riesgo de morbilidad grave como resultado de la embolización periférica y posible oclusión de la endoprótesis. Existen casos en la literatura tratados mediante embolización con Onyx[®], así como también con pegamento N-butyl cianocrilato^{6,7}.

El personal de atención primaria y urgencias médicas es el que con más frecuencia tiene el primer contacto con el paciente, por lo que son importantes unas buenas anamnesis y exploración física para obtener un diagnóstico precoz, preciso y poder realizar un correcto manejo de manera rápida y prevenir eventualidades fatales⁸. La compresión de la tráquea puede acarrear compromiso respiratorio; sin embargo, algunos autores no están de acuerdo, afirmando que la tráquea es una estructura rígida y difícil de comprimir, por lo que consideran como causa más probable la compresión del espacio faríngeo y laríngeo por el edema secundario a la obstrucción venosa y linfática por el hematoma local⁹. En estos casos es importante establecer el grado de afectación de la vía aérea y las medidas necesarias para su estabilización. Cuando exista compromiso de esta, será necesaria la intubación orotraqueal (IOT). En los casos en los que no es posible la IOT por edema o estenosis importante, se permeabilizará

mediante la realización de traqueotomía, que será reglada o no según el grado de urgencia.

En los casos presentados, ambos pseudoaneurismas se desarrollaron de forma iatrogénica tras intento de punción venosa central. Dada la baja frecuencia de estos casos, la clínica variable asociada a los mismos, así como también por ser una entidad con elevada morbimortalidad, consideramos importante su discusión. La etiología iatrogénica tras la cateterización de una vía central mediante punción yugular es cada vez más frecuente a medida que se incrementa la utilización de ciertos dispositivos, como catéteres de doble luz, portacath para quimioterapia, catéter central para hemodiálisis, etc. Esta entidad hay que tenerla presente en pacientes con antecedentes de estos procedimientos y masa cervical con clínica compresiva de desarrollo progresivo.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no hay conflicto de intereses.

Bibliografía

1. M. N. Masa cervical derecha secundaria a pseudoaneurisma de carótida común derecha. En: S SM, editor. *Angiología*. León, España: Elsevier; 2015. p. 516-518.
2. Bayarogullari H, Acipayam M, Akbay E, Atci N, Davran R, Cevik C. Pseudoaneurysm of the carotid arterial system. *J Craniofac Surg*. 2014;25:e314-6.
3. Yu NH, Jahng TA, Kim CH, Chung CK. Life-threatening late hemorrhage due to superior thyroid artery dissection after anterior cervical discectomy and fusion. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2010;35:E739-42.
4. E. R. Surgical management of extracranial internal carotid artery aneurysm. En: H. R, editor. *Cardiovascular surgery*. León, España: Butterworth-Heinemann; 1994. p. 567-572.
5. Pérez Cachafeiro S, Peña Avila M, Santos Corchero JM. Un bulto en el cuello. *Semerger*. 2004;30:136-41.
6. Stanley V. Wakefield Current therapy in vascular and endovascular surgery. 5.ª ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2014. p. 2.
7. May J, White GH, Waugh R, Brennan J. Endoluminal repair of internal carotid artery aneurysm: A feasible but hazardous procedure. *J Vasc Surg*. 1997;26:1055-60.
8. Jagetia A, Sharma D, Singh D, Sinha S, Ganjoo P, Narang P, et al. Endovascular occlusion of cervical internal carotid artery pseudoaneurysm in a child treated by n-butyl cyanoacrylate: A rare case report. *Pediatr Neurosurg*. 2015;50:168-72.
9. Calogero CG, Miller AC, Greenberg MR. Life-threatening retropharyngeal hemorrhage secondary to rupture of the inferior thyroid artery. *Case Rep Emerg Med*. 2015;2015:789076.

E. Santos Alcántara^{a,*}, M. Ballesteros Pomar^a,
S.J. Pérez Pérez^b, G.M. Novo Martínez^a
e I. Rodríguez López^a

^a *Angiología y Cirugía Vascular, Hospital Universitario de León, León, España*

^b *Otorrinolaringología Hospital de Almansa, Albacete, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dr.eliezer.19@outlook.com
(E. Santos Alcántara).