

ICTUS ISQUÉMICO EN EL TERRITORIO DE LA ARTERIA CEREBRAL MEDIA IZQUIERDA DE CAUSA INHABITUAL

REVISTA ARGENTINA DE MEDICINA

ISSN 1515-3460

Buenos Aires

Bosque-Varela P, Jiménez-López Y, Revilla-García MA y col. Ictus isquémico en territorio de arteria cerebral media izquierda de causa inhabitual. *Rev Arg Med* 2017;5[4]:252-254

ISCHEMIC STROKE OF UNUSUAL CAUSE IN THE LEFT MIDDLE CEREBRAL ARTERY TERRITORY

Pilar Bosque-Varela, Yesica Jiménez-López,¹ María Ángeles Revilla-García,¹ José Luis Vázquez-Higuera,¹ Andrés Antonio González-Mandly,² Iván García-Martín,³ Enrique Jesús Palacio-Portilla¹

Recibido: 25 de octubre de 2017.

Aceptado: 1 de noviembre de 2017.

¹ Servicio de Neurología del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV).

² Servicio de Radiología del HUMV.

³ Servicio de Cirugía Cardiovascular del HUMV.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria, España.

RESUMEN

Presentamos el caso de un paciente con ictus de causa inhabitual (secundario a un embolismo arterial tras una trombosis de aneurisma gigante en porción cervical de la carótida interna izquierda), en territorio de la arteria cerebral media izquierda. Asimismo, se complementa con una breve revisión de la literatura sobre los aneurismas carotídeos extracraneales.

PALABRAS CLAVE. Aneurisma carotídeo extracraneal. Aneurisma gigante carotídeo. Causa inhabitual de ictus. Test de oclusión. Bypass carotídeo.

ABSTRACT

We present the case of a patient with an ischemic stroke of unusual cause (secondary to an arterial embolism after a giant intracranial aneurysm thrombosis in the cervical portion of the left internal carotid), in the left middle cerebral artery. We also include a brief review of the literature on extracranial carotid aneurysms as supplementing material.

KEY WORDS. Extracranial carotid aneurysm, giant carotid aneurysm, unusual cause of ischemic stroke, occlusion test, carotid bypass.

Los autores manifiestan no poseer conflictos de intereses.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA

Pilar Bosque-Varela. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Av. Valdecilla, 25, 39008 Santander, Cantabria, España. Tel.: +34 659 03 63 45. Correo electrónico: pilar.bosquev@gmail.com.

Yesica Jiménez-López. Correo electrónico: yesicajl@gmail.com

María Ángeles Revilla-García. Correo electrónico: marian11@yahoo.es

José Luis Vázquez-Higuera. Correo electrónico: jlvezquez@humv.es

Enrique Jesús Palacio-Portilla. Correo electrónico: enjepalacio@hotmail.com

Introducción

La patología aneurismática carotídea extracraneal tiene una baja prevalencia: representa menos del 1% de los aneurismas (1,2).

La causa más frecuente es la arterioesclerosis, con una incidencia total estimada en función de la serie del 40%-70% (3). La aterosclerosis se localiza típicamente cerca de la bifurcación de la carótida común, ya sea en la bifurcación misma o en la arteria carótida interna en su porción proximal (1,4). El aneurisma postraumático es el segundo más frecuente. Sin embargo, este factor etiológico a menudo resulta en pseudoaneurisma (1,5) y, en contraste, generalmente se localiza más distalmente, en la arteria carótida interna o en la carótida común. Sin embargo, en el pasado otras causas fueron más comunes, dentro de las cuales se incluyen las infecciones (principalmente, sífilis terciaria, enfermedad de Lyme y abscesos amigdalinos) (6), la displasia fibromuscular y otros trastornos del tejido conectivo (1,4,5). Otras causas raras incluyen tuberculosis, arteritis de Takayasu y arteritis relacionada con el virus de la inmunodeficiencia humana (7).

El diagnóstico suele ser incidental u ocurre cuando se examina a un paciente debido a una masa pulsátil en el cuello (6). Sin embargo, cuando aparecen los síntomas, los más comunes son los accidentes cerebrovasculares o los ataques isquémicos transitorios y, con menor frecuencia, la compresión de los pares craneales bajos (1-6). La manifestación más rara es la ruptura del aneurisma, que causa la muerte en la mayoría de los casos.

La historia natural de los aneurismas extracraneales carotídeos cervicales es difícil de determinar debido a la escasez de casos. Zwolak et al. informaron una tasa de accidente cerebrovascular del 50% en pacientes que no recibieron cirugía (3).

Según la literatura médica, casi el 94% de los pacientes requieren cirugía. Sin embargo, aproximadamente el 5% son tratables con terapia endovascular usando un estent. Alrededor del 1% necesita ambas opciones.

Las complicaciones posquirúrgicas suelen incluir parálisis del nervio hipogloso (hasta 12%) y, con menor frecuencia, accidente cerebrovascular (5%) (8).

Notas aclarativas: ASPECTS: escala de valoración de isquemia precoz en TAC. NIHSS: escala de puntuación-gravedad de ictus fase aguda. Escala de Rankin modificada: mide la situación funcional previa del paciente. Barthel y escala de impacto Stroke: miden la situación funcional postictus.

Presentación del caso

Se presenta el caso de un varón de 55 años de edad con antecedentes de tabaquismo grave, bebedor moderado, con hipercolesterolemia y artritis psoriásica tratada con

metotrexato. Acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla por cuadro de ictus que consistía en somnolencia, afasia global severa, desviación conjugada a la izquierda, síndrome de Horner izquierdo, parálisis facial derecha central, hemianopsia derecha homónima, hemiplejía derecha y hemianestesia derecha con una puntuación total de 24 en la escala NIHSS. Se realizó una tomografía computarizada cerebral que mostró la presencia de hipodensidad en casi todo el territorio de la arteria cerebral media izquierda (ASPECTS: 4). En la angiografía por tomografía computarizada, se observó la presencia de un aneurisma carotídeo interno de bifurcación, con una longitud de cuello aproximada de 10 mm, un diámetro transversal de 25 mm y una longitud total de 37 mm (Fig. 1). Dados los resultados de la neuroimagen, la terapia de recanalización en fase aguda fue desestimada.

Se realizó un estudio secundario completo (con ecocardiograma, pruebas de inmunología, microbiología y un estudio de hipercoagulabilidad), que resultó normal. Asimismo, se realizó un estudio de despistaje de aneurismas a otros niveles sin objetivarse patología.

Aproximadamente cuatro meses después, con el fin de decidir la actitud terapéutica a seguir, se realizó una prueba de oclusión carotídea (Fig. 2), que mostró intolerancia clínica así como insuficiencia arterial colateral. Por esta razón, no se consideró el tratamiento de oclusión endovascular y se decidió realizar un baipás entre la carótida izquierda común y la carótida izquierda interna en su porción distal. La cirugía se realizó sin complicaciones y el paciente fue dado de alta.

Durante el seguimiento, a los ocho meses del accidente cerebrovascular, se documentó una mejoría con 12 puntos en el NIHSS, 4 puntos en la escala de Rankin modificada, 60 en el índice de Barthel y 16 de 46 en la escala de impacto de Stroke.



Figura 1. Aneurisma CII trombosado.

Discusión

La patología aneurismática carotídea extracraneal representa una causa inhabitual de ictus que a menudo puede conllevar dificultades a la hora de decidir el mejor tratamiento a seguir. El tratamiento más frecuentemente empleado de acuerdo con la literatura médica es la cirugía (8); la terapia endovascular con colocación de estent se realiza con me-

nos frecuencia (8), sobre todo en casos como el nuestro de aneurismas de magnitud gigante. En todo paciente con ictus secundario a aneurisma carotídeo se debería llevar a cabo un estudio complementario extenso para excluir otras patologías como enfermedades infecciosas (6), conectivopatías (1,4,5), así como algunas vasculitis como la enfermedad de Takayasu (7), si bien la causa más documentada en la literatura es la aterosclerótica (3). [RAM](#)

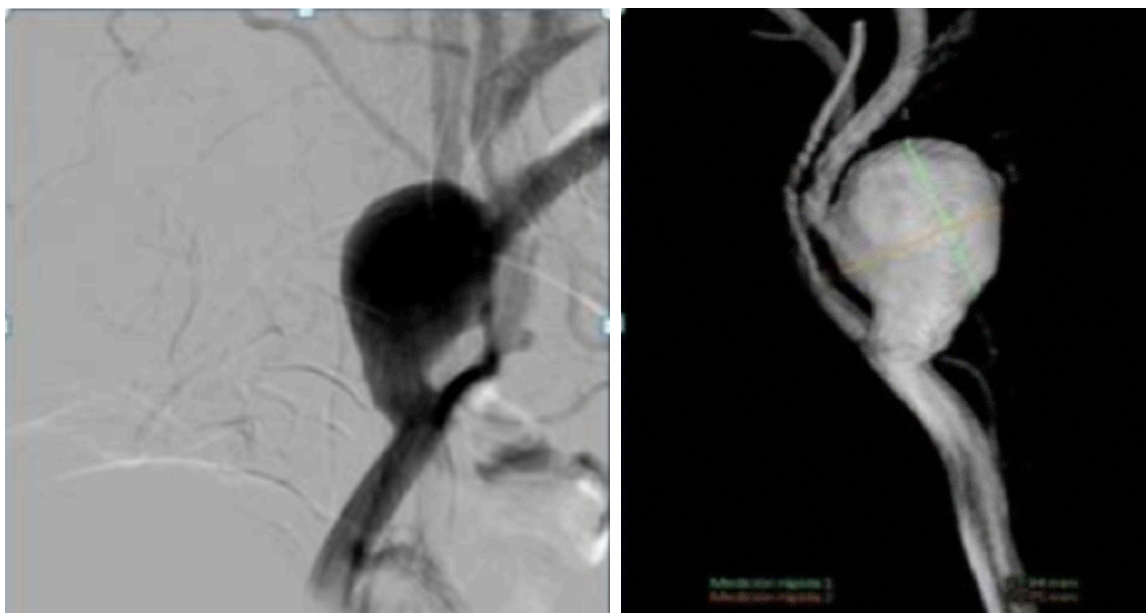


Figura 2. Arteriografía.

Referencias bibliográficas

1. El-Sabroun R, Cooley DA. Extracranial carotid artery aneurysms: Texas Heart Institute Experience. *J Vasc Surgery* 2000;31(4):702-12
2. Rosset E, Albertini J-N, Magnan PE, et al. Surgical treatment of extracranial internal carotid artery aneurysms. *J Vasc Surgery* 2000;31(4):713-23
3. Zwolak RM, Whitehouse WM (h), Knake JE, et al. Atherosclerotic extracranial carotid artery aneurysms. *J Vasc Surgery* 1984;1:415-22
4. Cronenwett JL, Johnston KW. *Rutherford's vascular surgery*, 8ª ed. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2014:1583-97
5. Attigah N, Kulkens S, Zausig N, et al. Surgical therapy of extracranial carotid artery aneurysms: long-term results over a 24-year period. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery* 2009;37(2):127-33
6. Jacek Brzost, Cyran AM, Waniewska M, Szczepanski MJ. Internal carotid artery aneurysm mimicking peritonsillar abscess. *Case Rep Otolaryngol* 2015
7. Mačina AS, Vidjak V, Erdelez L, et al. Open surgical and endovascular treatment of extracranial internal carotid artery. *Vasc. Surg. Endovasc* 2009;21:181-5
8. Skóra JP, Kurcz J, Korta K, et al. Surgical management of extracranial carotid artery aneurysms. *Vasa* 2016;45(3):223-8