

# Pseudoaneurisma carotídeo iatrogénico

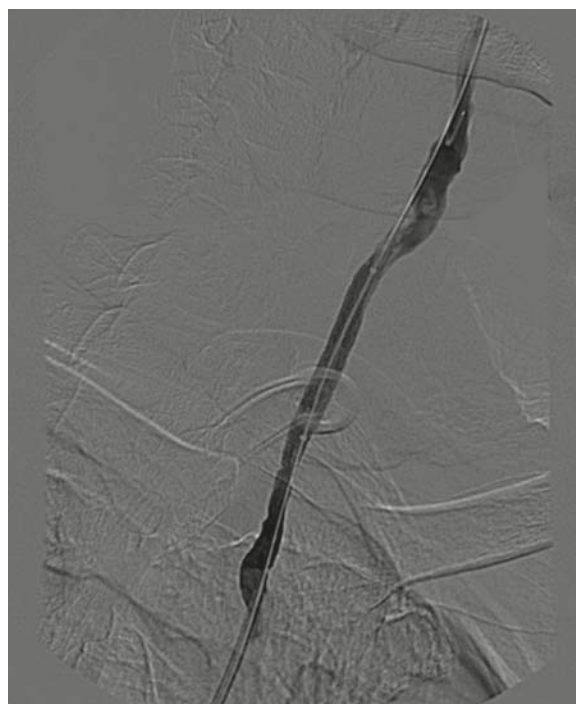
iatrogenic carotid pseudoaneurysm

Daniela S. Battisti<sup>1</sup>, Julián C. Dalurzo<sup>2</sup>, Oscar E. Birollo<sup>3</sup>, Víctor P. Moles<sup>4</sup>

*Revista Argentina de Cardioangiología Intervencionista* 2017;8(3):140-150



**Figura 1.** Arteriografía selectiva mediante acceso femoral. Nótese imagen compatible con pseudoaneurisma voluminoso dependiente de arteria carótida primitiva izquierda (flechas).



**Figura 2.** Resultado final posangioplastia con implante de stent cubierto. Exclusión completa del pseudoaneurisma.

1. Cardióloga en entrenamiento del Servicio de Cardioangiología Intervencionista, Clínica de Nefrología, Urología y Enfermedades Cardiovasculares. Ciudad de Santa Fe, Argentina.
2. Cardioangiólogo Intervencionista del Servicio de Cardioangiología Intervencionista, Clínica de Nefrología, Urología y Enfermedades Cardiovasculares. Ciudad de Santa Fe, Argentina.
3. Cardioangiólogo Intervencionista del Servicio de Cardioangiología Intervencionista, Clínica de Nefrología, Urología y Enfermedades Cardiovasculares. Ciudad de Santa Fe, Argentina.
4. Jefe del Servicio de Cardioangiología Intervencionista, Clínica de Nefrología, Urología y Enfermedades Cardiovasculares. Ciudad de Santa Fe, Argentina.

✉ Correspondencia: Dra. Daniela Battisti. Servicio de Cardioangiología intervencionista. Clínica de Nefrología, Urología y Enfermedades Cardiovasculares. Av. Freyre 3074. CP 3000. Cd. de Santa Fe. Argentina. dsbattisti@hotmail.com.

Los autores no declaran conflictos de intereses

Recibido: 25/01/2017 | Aceptado: 19/06/2017

La injuria arterial carotídea postraumática comprende diferentes tipos de lesiones: transección, pseudoaneurisma, fístula arteriovenosa, disección, oclusión o formación de aneurisma<sup>1</sup>. Según el mecanismo del trauma puede clasificarse como traumatismo cerrado o penetrante. Esta última etiología constituye el 3% de todas las injurias arteriales traumáticas<sup>2</sup>.

El pseudoaneurisma carotídeo (PC) puede expresarse clínicamente como una masa pulsátil en el área cervical, accidente isquémico transitorio (AIT), accidente cerebrovascular (ACV), disfonía, disfagia, síntomas relacionados con parálisis nerviosa por compresión, o bien puede ser asintomático.

Su evolución natural admite la trombosis parcial con embolia cerebral y la ruptura asociada a hemo-

rragia; especialmente en aquellos casos de PC sintomáticos y de gran tamaño<sup>3</sup>.

Este caso corresponde a un paciente de 60 años, portador de carcinoma laríngeo tratado con múltiples sesiones de radioterapia, traqueostomía y estenosis esofágica refractaria a tratamiento endoscópico que requirió gastrostomía para alimentación. Consultó por masa pulsátil a tensión en área cervical izquierda, hemorragia nasofaríngea y fístula faringocutánea derecha.

La ultrasonografía Doppler puso en evidencia la presencia de pseudoaneurisma a nivel cervical. La arteriografía selectiva confirmó la presencia de pseudoaneurisma de arteria carótida primitiva izquierda (**Figura 1**).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Law Y, Chan YC, Cheng SW. Endovascular repair of giant traumatic pseudoaneurysm of the common carotid artery. *World J Emerg Med* 2015;6(3):229-32.
2. Alfawaz A, Li X, Kénel-Pierre S, Yang J, Rey J, Robinson H. Delayed presentation of a carotid pseudoaneurysm following penetrating neck trauma. *SAGE Open Medical Case Reports* 2016;4:1-4.
3. Assali, Sdringola, Moustapha, et al. Endovascular repair of traumatic pseudoaneurysm by uncovered self-expandable stenting with or without transstent coiling of the aneurysm cavity. *Catheterization and cardiovascular interventions* 2001;53:253-8.

La estrategia conservadora frente al PC ha sido dejada de lado debido a la alta tasa de complicaciones. La reparación vascular quirúrgica ha constituido el pilar terapéutico. No obstante, está asociado a altas tasas de mortalidad (30%) y alta incidencia de complicaciones cerebrales<sup>3</sup>. Esto ha impulsado el desarrollo del tratamiento endovascular para la exclusión del saco, mediante el implante de *stent* con o sin embolización con *coils*, técnica menos invasiva, con potencial reducción de la morbimortalidad<sup>3</sup>.

En este caso se procedió al implante de *stent* cubierto de 7 × 38 mm (Advanta, Maquet®) mediante abordaje femoral 7F, con resultado satisfactorio logrando exclusión completa del PC (**Figura 2**).