




Aneurisma gigante de arteria carótida interna intracraneana asociado a disección espontánea bilateral de arterias carótidas internas extracraneanas y arteria vertebral

Giant Intracranial Internal Carotid Artery Aneurysm Associated with Spontaneous Bilateral Extracranial Internal Carotid Artery and Vertebral Artery Dissection

JORGE LUIS GORAL¹, MTSAC , OSVALDO ALBERTO BARBOSA¹ , CARLOS VILLADIEGO¹ , DANIEL HUGO AVAYU¹, MTSAC , FELIPE OLIVIERI¹ , PAULA CARESTIA ESTEBAN¹ 

Presentamos una paciente de 54 años, con antecedentes de tabaquismo, depresión y sedentarismo. Consultó previamente con Neurología por migraña crónica sin aura. Fue derivada por Psiquiatría para control cardiológico por trastorno de pánico, caracterizado por precordialgia y angustia. Consultó asintomática, lúcida, con presión arterial normal, sin soplos centrales ni carotídeos, sin alteraciones al examen físico neurológico.

Dado el antecedente de cefalea realizó se realizó tomografía computarizada (TC) de encéfalo sin contraste, que informó lesión ocupante de espacio, de 18 x 16 mm, proyectada por encima y lateral a la izquierda de la silla turca, que presentaba calcificaciones periféricas que podían corresponder a adenoma hipofisario, o con un aneurisma calcificado. Por ello se realizó angiogramografía helicoidal multicorte de vasos intracraneanos, que informó en territorio carotídeo derecho, en los cortes que a nivel del cuello acodadura pronunciada tipo C, previo a su trayecto intrapetroso, con la presencia de un aneurisma sacular sin cuello en su cara rostral de 7mm; y en el territorio carotídeo izquierdo, en la cara interna en su sector supraclinoideo, en cercanía al nacimiento de la arteria oftálmica, cara caudal y dirección posterior, un extenso aneurisma sacular gigante con buen cuello, con aisladas calcificaciones parietales de 18 x 13mm, que desplazaba centralmente el polígono con predominio del sector A1 y M1.

La paciente evolucionó con cefalea y disminución de la agudeza visual. Por ello se pidió una angiografía digital cerebral. En la arteria carótida interna (ACI)

derecha: a nivel del segmento C4, se evidenció un aneurisma sacular sin cuello; y en la ACI izquierda, a nivel intracerebral, un aneurisma gigante en segmento M1 con buen cuello. Dado los hallazgos se realizó una angiografía selectiva de ambas carótidas y de arterias vertebrales, angiografía cerebral y 3D de la ACI izquierda. Se observaron imágenes compatibles con displasia fibromuscular (DFM), disección de ambas ACI y arteria vertebral derecha en su segmento cervical, y pseudoaneurisma fusiforme en segmento C1 de la ACI derecha. A nivel de la ACI izquierda en su segmento comunicante posterior se evidenció un aneurisma disecante de dirección posterior de 20mm de diámetro.

Tras valorar opciones terapéuticas se optó por tratamiento endovascular. El test de oclusión mostró apertura de arteria comunicante anterior, con buen parenquimograma silviano izquierdo. La exclusión aneurismática se realizó con embolización con 6 *coils* de liberación controlada en el aneurisma cerebral gigante de la ACI izquierda en el segmento posterior, dejando liberado el cuello ancho del aneurisma.

Fue dada de alta asintomática. El cateterismo selectivo de la ACI izquierda de control evidenció exclusión parcial del aneurisma gigante en el segmento posterior tratado; el microcateterismo de la ACI distal al aneurisma fue dificultoso por curvas pronunciadas del segmento y por la gran displasia aneurismática. En el segmento M2 de la arteria silviana izquierda se colocó un divisor de flujo de 3,5 por 30 mm, con buen aposicionamiento de la prótesis a la pared arterial, cubriendo el cuello

REV ARGENT CARDIOL 2026;94:245-247. <https://doi.org/10.7775/rac.es.v94.i3.21018>

Dirección para correspondencia: Jorge Luis Goral. Correo electrónico: jgoral@intramed.net



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

©Revista Argentina de Cardiología

¹ Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Referencia (CEMAR). Caseros. Tres de Febrero. Provincia de Buenos Aires

en su totalidad respetando la terminación carotídea. Controles finales mostraron el signo de la media luna en el residuo aneurismático, con presencia de todas las ramas arteriales normales y tiempos parenquimatosos respetados. Para el pseudoaneurisma de la ACI derecha, si bien el tratamiento de elección es quirúrgico, este está indicado en pacientes sintomáticos, pero con riesgo considerable de morbimortalidad. Se planteó la posibilidad de colocar un *stent* más *coils* o un difusor de flujo, pero dadas las acodaduras y dificultad de pasar la cuerda, en paciente asintomática, se optó por tratamiento médico con aspirina y clopidogrel.

El aneurisma de la ACI, definido como aumento del 50% o más del calibre normal de la arteria, entidad poco frecuente, se encuentra entre el 0,1 al 2% de todos los procedimientos carotídeos. En ausencia de

la tríada clásica de dolor cervical, parálisis ipsilateral oculosimpática y síntomas hemisféricos isquémicos, se la considera una entidad infradiagnosticada. Los aneurismas de la ACI se clasifican por su fisiopatología en aneurismas verdaderos sintomáticos o asintomáticos y en falsos aneurismas (pseudoaneurismas) y según su etiología en: postraumático (el más frecuente), con arteriopatía primaria subyacente, trastornos del tejido conectivo (síndrome de Ehlers-Danlos tipo IV, síndrome de Marfan, degeneración quística de la capa media, displasia fibromuscular, etc.) y aterosclerótico.

Las disecciones arteriales cervicocerebrales (DACC) son causa de accidentes cerebrovasculares (ACV) en pacientes jóvenes y representan el 20% de los ACV en pacientes menores de 45 años. Las disecciones extracraniales de la ACI representan entre el 70 al 80% y las

Fig. 1. A. Angiotomografía helicoidal multicorte de vasos intracranianos: ACI izquierda, la cara interna en su sector supraclinoideo, cercana al nacimiento de la arteria oftálmica, cara caudal, dirección posterior, presenta extenso aneurisma sacular gigante con buen cuello, de 18 x 13mm. **B.** Pseudoaneurisma en ACI derecha. **C.** Disección de la ACI

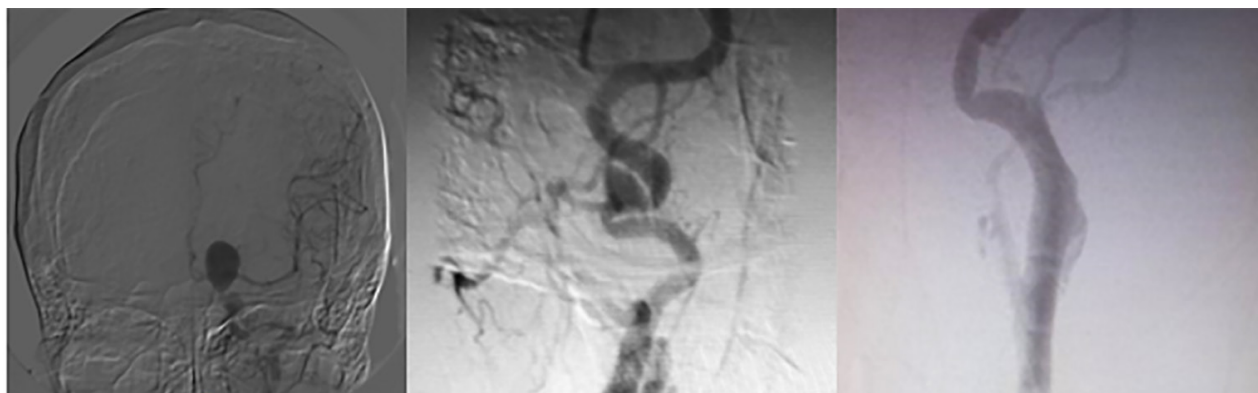
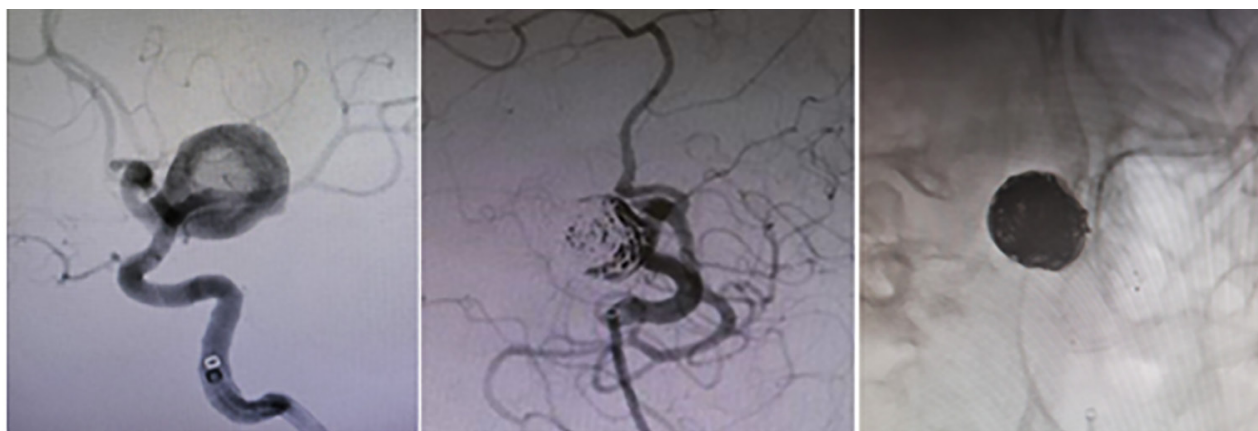


Fig. 2. A. Angiografía digital cerebral: ACI Izquierda: a nivel intracerebral se evidencia aneurisma gigante en segmento M1 con buen cuello. **B.** Exclusión aneurismática: embolización con 6 *coils* de liberación controlada, dejando liberado el cuello ancho del aneurisma. **C.** En el segmento M2 de la arteria Silvana izquierda se colocó Divisor de flujo SILK de 3,5 mm, con buen aposicionamiento de la prótesis a la pared arterial cubriendo el cuello en su totalidad.



disecciones vertebrales extracraneales constituyen el 15% de todas las enfermedades arteriales carotídeas. El eco Doppler, la angi resonancia magnética y la angi tomografía son pruebas de diagnóstico no invasivas útiles. El pronóstico de la enfermedad arterial carotídea extracraneal es mejor que el de la intracraneal. (1)

En un estudio multicéntrico, Bassi y cols. reportan casos de DACC interna y vertebral. El 63,2% tuvo disecciones espontáneas; en los pacientes restantes se consideró factor etiológico el traumatismo, La anticoagulación fue el tratamiento de elección en la mayoría de los pacientes. (2)

En pacientes con disecciones espontáneas de la ACI se sospecha por lo general una arteriopatía primaria; sin embargo, se encuentran cambios angiográficos de DFM del 10% al 20% de los casos. Schievink et al. reportan un paciente con síndrome de Marfan, disección bilateral de la arteria carótida sin arteriopatía subyacente, en quien la microscopia reveló la coexistencia de DFM de ACI izquierda y la aorta con necrosis quística de la media. (3)

La disección de la ACI es causa frecuente de ACV isquémico, sea de origen embólico o hemodinámico; el enfoque terapéutico debe determinarse sobre la base del mecanismo de isquemia cerebral. (4)

El tratamiento de elección se basa en la anticoagulación o antiagregación, reservando otros procedimientos para cuando haya fracasado el tratamiento médico; si el tratamiento es endovascular: será embolización directa del aneurisma, *coils* de liberación prolongada, o *stent* con embolización del aneurisma, reservándose la cirugía para lesiones complejas (5). En el estudio multicéntrico de Byrne et al. (6), se utilizaron diversores de flujo en el tratamiento de los aneurismas de la ACI, de cuello ancho, fusiformes, disecantes, ampollados o gigantes ventrales; y se reservó la cirugía para las lesiones complejas, aneurismas

de gran tamaño con riesgo de perforación elevado, o signos radiológicos de expansión.

Existe controversia en cuanto al tamaño del aneurisma de carótida que debe ser reparado en un paciente asintomático; los expertos recomiendan reparación con diámetros que van desde 15 a 30 mm, aunque en general se acepta tratarlos con diámetro >20 mm.

Consideraciones éticas

No aplican

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran que no poseen conflicto de intereses.

(Véanse formularios de conflicto de intereses de los autores en la web/ Material suplementario).

BIBLIOGRAFIA

1. Thanvi B, Munshi SK, Dawson SL, Robinson TG. Carotid and vertebral artery dissection syndromes. *Postgrad Med J* 2005; 81:383-8. <https://doi.org/10.1136/pgmj.2003.016774>.
2. Bassi P, Lattuada P, Gomitoni A. Disección de la arteria cerebral cervical: un estudio prospectivo multicéntrico (informe preliminar). *Ciencia neuronal*. 2003;24(Suplemento 1): S4-7. <https://doi.org/10.1007/s100720300025>.
3. Schievink WI, Björnsson J, Piegras DG. Coexistence of fibromuscular dysplasia and cystic medial necrosis in a patient with Marfan's syndrome and bilateral carotid artery dissections. *Stroke* 1994;25: 2492-6. <https://doi.org/10.1161/01.STR.25.12.2492>
4. Lucas C, Moulin T, Deplanque D, Tatu L, Chavot D. Stroke patterns of internal carotid artery dissection in 40 patients. *Stroke* 1998; 29:2646-8. <http://doi.org/cb4nk3>
5. Angelani PA, Miano J, Mrad. Tratamiento endovascular de la disección carotídea bilateral, espontánea, sintomática, refractaria al tratamiento farmacológico. *Rev Argent Cardiol* 2014; 82:52-8. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v82.i1.935>
6. Byrne JV, Beltechil R, Yarnold JA, Birks J, Kamran M. Early experience in the treatment of intracranial aneurysms by endovascular flow diversion: a multicenter prospective study. *PLoS One* 2010; 5:12492. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0012492>