

Lesión intimal de la carótida primitiva por traumatismo cerrado de cuello

Dres.: Alfredo J. Peyroulou, Luis E. Bergalli, Pablo Montandón, Waldemar Correa Carlos Antúnez y Pablo García Podestá

Los autores presentan un caso de un paciente de 32 años que sufrió un traumatismo cerrado de cuello, con un desgarro intimal de carótida primitiva, diagnosticado clínica y radiológicamente en el preoperatorio.

Se muestra su solución quirúrgica, se plantean los datos estadísticos internacionales, y se concluye en que debe sospecharse la lesión carotídea en todo trauma cervical, debe hacerse arteriografía de urgencia para demostrarla y una vez confirmada debe operarse al paciente de inmediato.

INTRODUCCION

Este caso clínico es traído, pues se trata de una patología poco frecuente, nos ha dejado enseñanza en cuanto a la forma de proceder en el futuro ante similares eventualidades y para conocer la experiencia de colegas ante situaciones semejantes.

Si bien día a día se reportan más casos de lesiones carotídeas en traumatismos cerrados de cuello, éstas siguen constituyendo la infima parte de las mismas. Según Rubio y cols. (3), en Houston el 80% de las heridas carotídeas son originadas por arma de fuego, 17% por arma blanca y solo el 3% por traumatismo cerrado.

CASO CLINICO

A.P. (Reg. 211699 Hospital Militar), 32 años, ingresa el 10/XII/80 politraumatizado al chocar la bicicleta en que viajaba con la caja de un camión. Presentó una pérdida fugaz de conocimiento siendo traído al Hospital veinte minutos después. El balance lesional mostró: paciente lúcido, con otorragia izquierda, ausencia de signos neurológicos focales, fractura de hombro izquierdo, erosiones y hematoma en la región carotídea izquierda en un paciente sin insuficiencia respiratoria y con estabilidad hemodinámica.

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 17 de junio de 1981.

Cirujanos del Hospital Militar. Residentes de Cirugía del Hospital Militar. Médico Radiólogo del Hospital Militar.

Dirección: Dr. Carlos Nery 3328. Montevideo. (Dr. A.J. Peyroulou).

Trabajo del Departamento de Cirugía del Hospital Central de las FF.AA.

Los exámenes radiológicos simples mostraron: en cráneo ausencia de trazos de fractura y en hombro izquierdo fracturas de clavícula y omoplato.

Ante la evidencia de traumatismo directo de la región carotídea, la presencia de un hematoma local y la auscultación de un soplo en dicha área se solicitó una arteriografía carotídea izquierda por cateterismo a través de la arteria femoral. El estudio (Figs. 1 y 2) mostró permeabilidad de la carótida primitiva y de sus ramas, pero a nivel de la primera, a dos centímetros por debajo de la bifurcación, existía una lesión compatible con una sección intimal de la arteria en dos sectores.

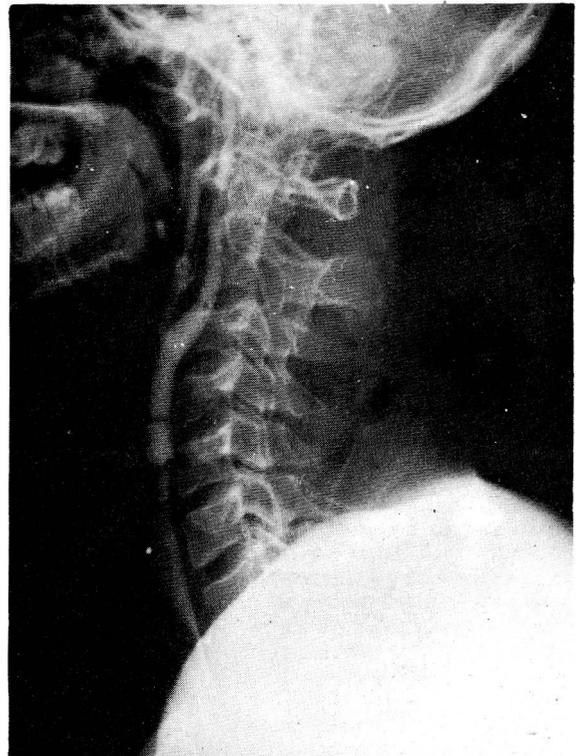


Fig. 1 - Arteriografía preoperatoria que muestra rotura intimal de carótida primitiva (Perfil)

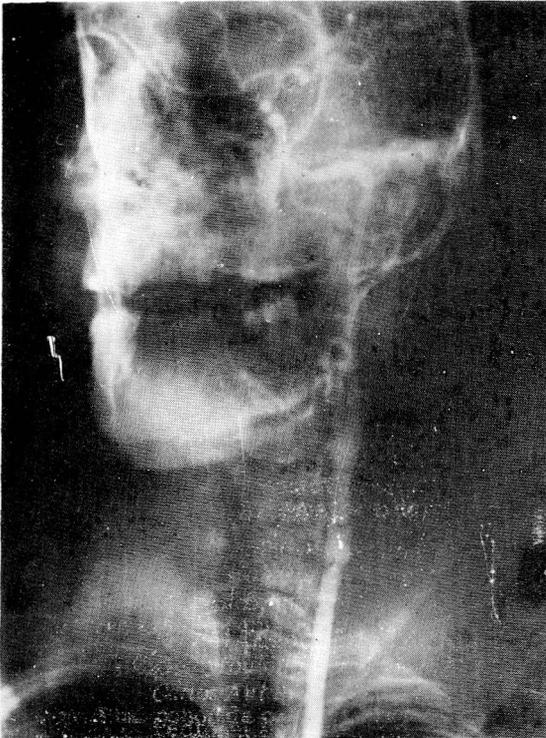


Fig. 2 - Arteriografía preoperatoria (Frente)

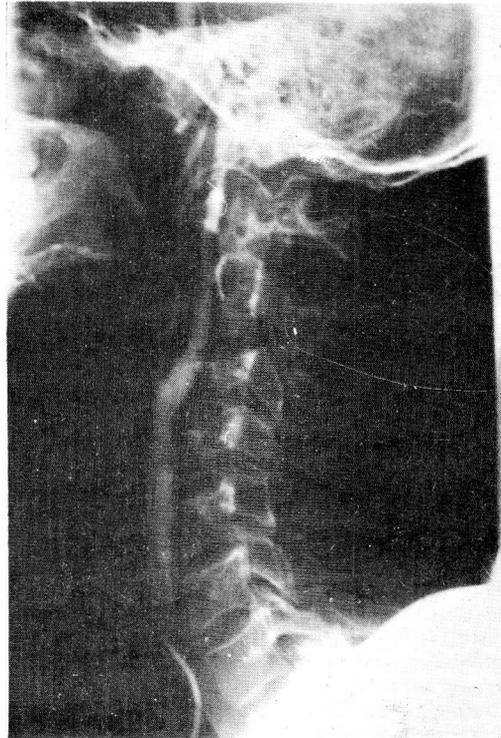


Fig. 3 - Arteriografía post-operatoria de control.

Se operó de urgencia con anestesia general, abordando el paquete carotídeo por delante del borde anterior del esternocleidomastoideo. Expuesta la carótida primitiva podía apreciarse exteriormente la lesión como un pequeño hematoma intraparietal. Previo a todo procedimiento se hizo medida de la presión retrógrada (Stump presión), comprobándose una presión de 50 mm. Hg. por encima del límite inferior de seguridad. Hecha esta comprobación se clampó la arteria proximal y distalmente a la lesión, se reseco un fragmento de arteria de dos centímetros de longitud y se reestableció la continuidad con un tubo de dacrón de 8 mm.

En el post operatorio el paciente estaba lúcido y sin déficit neurológico alguno. Abandonó el Hospital al décimo día. Un mes después, con el paciente asintomático se efectuó un estudio arteriográfico de control que mostró la permeabilidad del by pass. (Fig. 3)

COMENTARIOS

De acuerdo con Yamada y cols. (4), los accidentes de tránsito son la fuente principal de este tipo de lesiones, constituyendo el 52% de los casos, siendo seguidos por los traumatismos directos recibidos en peleas y las caídas desde alturas, 15% para cada una de ellas.

Se invocan cuatro mecanismos capaces de provocar la lesión carotídea:

- a) el golpe directo en la región carotídea.
- b) el estiramiento de la arteria por hiperextensión y flexión lateral del cuello.

c) el traumatismo de la región periamigdalina por un objeto en la boca.

d) la lesión del sector intrapetoso de la arteria carótida interna en las fracturas de la base de cráneo.

La topografía más común de la lesión en un estudio hecho por Yamada y cols. (4) sobre 52 casos, fue a nivel de la bifurcación o inmediatamente por encima de ella en el 56%, siguiéndole por su orden 29% entre la bifurcación y la base del cráneo, 9% a nivel de la base de cráneo y 6% en la carótida primitiva.

La lesión más común fue el desgarro intimal en el 40% de los casos, dando lugar a la trombosis local en forma secundaria.

Aunque la aterosclerosis puede parecer un factor predisponente a la rotura intimal, la presencia de ateroma fue confirmada solamente en el 14% de los casos de la serie antedicha.

La sintomatología es en general tardía y se expresa por elementos de insuficiencia carotídea. Esto es debido al desarrollo de trombosis en la zona de la lesión, o a embolias a partir de la misma. La concomitancia del trauma encefalocraneano dificulta el diagnóstico. El intervalo entre el traumatismo y la aparición de los síntomas es variable. En la serie de Yamada solo el 10% de los pacientes presentaban síntomas transcurrida una hora del accidente, mientras que 50% permanecía asintomático a las 10 horas.

Sospechado el diagnóstico debe realizarse la arteriografía de urgencia como forma de evidenciar la lesión, y si esta se confirma, el tratamiento operatorio debe ser inmediato. De esta forma se evita la

trombosis y los daños neurológicos subsiguientes que van asociados con una mortalidad de 30 a 40% según Perry y cols. (2), y las secuelas neurológicas permanentes, presentes en el 42% de los casos según Krajewski y cols. (1).

Por lo tanto: — Debe pensarse en la posibilidad de lesión carotídea en el politraumatizado con evidencia de trauma cervical.

— Debe hacerse la arteriografía carotídea de urgencia como forma de demostrar la lesión.

— Debe realizarse tratamiento quirúrgico previo a que se establezca la trombosis, fuente de graves lesiones neurológicas que pueden conducir la muerte o secuelas severas.

SUMMARY

Intimal Lesion of the Primitive Carotid Artery Due to Blunt Trauma of the Neck.

The authors present one case of a 32 year old patient who suffered blunt trauma in the neck, with an intimal

tear of the primitive carotid, clinically and radiologically diagnosed in the pre operative.

A surgical solution of the case is presented.

International statistical data is provided, and the authors conclude that the suspicion of carotid lesion must arise in all cases of cervical trauma; that an urgent arteriography must be performed to confirm the lesion and that once the lesion is confirmed it must be operated on immediately.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. KRAJEWSKI, L.P. and HERTZER, N.R.: Blunt carotid artery trauma. *Ann. Surg.*, 191: 341, 1980.
2. PERRY, M.O., SNYDER, W.H. and THAL E.R.: Carotid artery injuries caused by blunt trauma. *Ann. Surg.*: 192 74, 1980.
3. RUBIO P.A., RENL G.J., BEALL A.C.Jr. et al.: Acute carotid artery injury 25 years experience, *J. Trauma*, 14: 967 - 1974.
4. YAMADA, S., KINDT, G.W. and YOUMANS J.R.: Carotid artery injury due to nonpenetrating injury. *J. Trauma*, 7: 333, 1967.