

Varón de 53 años con oclusión carótídea bilateral y circulación cerebral funcionalmente preservada mediante flujo vertebral bilateral compensatorio y flujo invertido bilateral de arterias tiroideas superiores

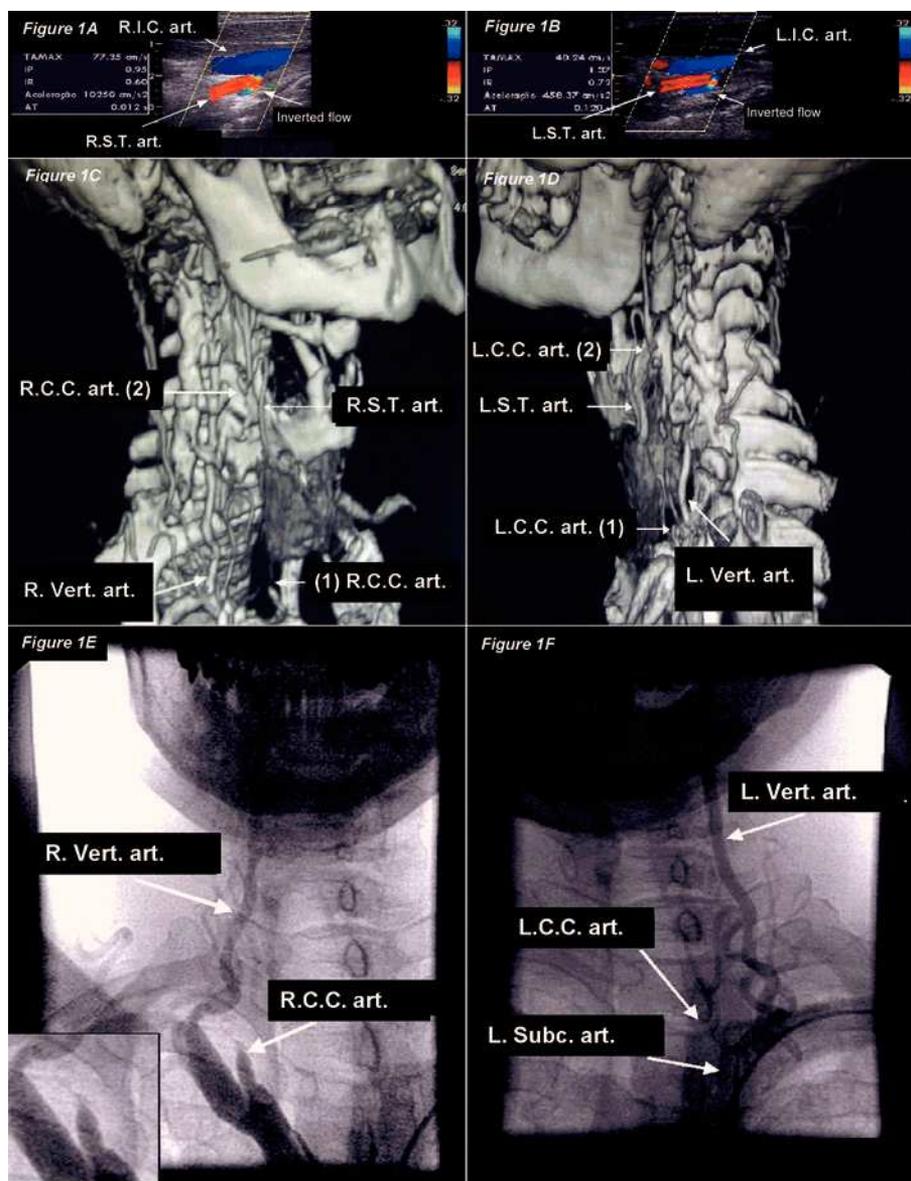
Sr. Editor:

La oclusión bilateral de la arteria carótida común es una vasculopatía poco frecuente. En la oclusión de la carótida común (CC), la circulación colateral que suministra a las arterias carótidas procede generalmente

del sistema vertebrobasilar. Presentamos un caso de oclusión bilateral de CC con circulación colateral poco común surgida tanto desde el sistema vertebrobasilar como de arterias tiroideas superiores dilatadas, que se sometió con éxito a revascularización con circulación extracorpórea.

Un varón de 53 años ingresó en nuestro centro quejándose de mareo y episodios diarios de amaurosis fugaz bilateral que duraban hasta 1 min en los 18 últimos meses. Además, refería episodios diarios de angina de clase III (CCS) y disnea de clase III (NYHA). Negaba otros síntomas. Presentaba antecedentes de hipertensión arterial sistémica y dislipemia y antecedentes familiares positivos de coronariopatía antes de los 60 años en dos familiares de primer grado. No había historia de diabetes mellitus y declaró no ser

Fig. 1. A y B: ultrasonografía Doppler color de los vasos cervicales que muestra las arterias tiroideas superiores derecha (A) e izquierda (B) suministrando bilateralmente a las carótidas (obsérvese el flujo rojo invertido en las arterias tiroideas superiores). C y D: angiografía virtual por resonancia magnética que muestra la exclusión de las dos arterias carótidas comunes derecha (C) e izquierda (D); obsérvese bilateralmente los bordes inferiores —marca (1)— y superiores —marca (2)— de las arterias carótidas comunes; se observa importante dilatación compensatoria de las arterias tiroideas superiores que suministran a sus respectivas carótidas por encima del nivel de oclusión superior —marca (2)—; en C, obsérvese que la arteria tiroidea superior converge en la carótida común por encima del nivel de oclusión —marca (2)— y que el nivel de oclusión ocurre proximalmente a la bifurcación de la carótida —marca (2)—, mientras que en D la oclusión se observa en la bifurcación de la carótida. E y F: la angiografía cervical derecha e izquierda muestra ausencia de las arterias carótidas comunes; obsérvese el aspecto angiográfico de la interrupción de la arteria carótida común derecha al salir del tronco braquiocéfálico (recuadro abajo y a la izquierda). L. Subc. art.: arteria subclavia izquierda; L. Vert. art.: arteria vertebral izquierda; L.C.C art.: arteria carótida común izquierda; L.I.C. art.: arteria carótida interna izquierda; L.S.T.: arteria tiroidea superior izquierda; R. Vert. art.: arteria vertebral derecha; R.C.C. art.: arteria carótida común derecha; R.I.C art.: arteria carótida interna derecha; R.S.T.art: arteria tiroidea superior derecha.



fumador. En la exploración física, los pulsos carotídeos estaban bilateralmente ausentes, pero se auscultaba un soplo holosistólico en ambos lados del cuello. La auscultación cardiaca reveló un cuarto ruido cardiaco. Los exámenes neurológicos y oftalmológicos fueron normales. La frecuencia cardiaca era de 56 lat/min, la presión arterial en la parte superior del brazo derecho era de 180/90 mmHg y en el izquierdo, 170/90 mmHg. Su índice de masa corporal (IMC) era 23,2.

La función sistólica ventricular izquierda estaba preservada en el ecocardiograma bidimensional. Una ecografía dúplex de la carótida mostró oclusión bilateral de las CC en su origen, y las arterias carótidas internas y externas sin obstrucción, además de observarse bilateralmente un flujo inverso poco habitual de las arterias tiroideas superiores hacia las carótidas (fig. 1A y B). Una angiografía con resonancia magnética de alta resolución confirmó la oclusión bilateral de la CC y una dilatación bilateral anormal de las arterias tiroideas superiores (fig. 1C y D). La angiografía del arco aórtico demostró oclusión de la CC en su origen y arterias vertebrales protegidas que suministraban el polígono de Willis (fig. 1E y F). Hubo consenso en que la circulación cerebral estaba funcionalmente preservada mediante circulación compensatoria. Una angiografía coronaria adicional reveló una obstrucción grave que afectaba tanto al ostium de la coronaria izquierda como a la arteria coronaria derecha.

Después de un minucioso estudio multidisciplinario del caso, se llegó a la conclusión de que era aconsejable realizar una intervención quirúrgica en las lesiones coronarias, ya que la circulación cerebral estaba funcionalmente preservada, pero había un elevado riesgo de accidente coronario a corto plazo. Se realizó con éxito una derivación de arterias coronarias (DAC) con arteria mamaria interna izquierda a la arteria coronaria descendente anterior izquierda y un injerto de vena safena a la arteria coronaria derecha. La estrategia quirúrgica se decidió de acuerdo con la pericia del equipo quirúrgico y pretendía reducir el «tiempo en bomba». El tiempo de circulación extracorpórea fue de 90 min y el de pinzamiento aórtico, 66 min. A los 60 días del postoperatorio el paciente no experimentaba dolor torácico y permanecía neurológicamente estable.

La oclusión bilateral de la CC es una vasculopatía poco común que normalmente se asocia con déficit neurológicos sostenidos y tiene mal pronóstico¹. A diferencia de lo que sucedió a nuestro paciente, el accidente cerebrovascular es la presentación clínica más común², ya que los casos asintomáticos suelen notificarse con mayor frecuencia en casos de oclusión unilateral. En la medida de nuestro conocimiento, éste es el primer informe de oclusión bilateral de las CC con una compensación circulatoria tan poco habitual de las arterias carótidas internas y externas con origen en las arterias tiroideas superiores ipsolaterales, y con síntomas neurológicos leves. En la bibliografía no se ha en-

contrado información respecto al mejor abordaje de revascularización en casos similares a éste.

Paulo Roberto Benchimol-Barbosa^{a,b,c},
Felippe Dantas Vilela^a, Fábio Bruno Alves
de Melo^a y Antônio Sérgio Cordeiro da
Rocha^a

^aInstituto Nacional de Cardiología. Ministerio de Salud. Río de Janeiro. Brasil.

^bHospital Central del Departamento del Cuerpo de Bomberos Militares del Estado de Río de Janeiro. Río de Janeiro. Brasil.

^cUniversidad Gama Filho. Río de Janeiro. Brasil.

BIBLIOGRAFÍA

1. Karakose S, Karabacakoglu A, Solak H. Bilateral common carotid occlusion without neurological deficit. *Australas Radiol.* 2002;46:412-5.
2. Lai SL, Chen YC, Weng HH, Chen ST, Hsu SP, Lee TH. Bilateral common carotid artery occlusion — a case report and literature review. *J Neurol Sci.* 2005;238:101-4.