



## INFORME BREVE

### Caso Clínico

## **Aneurisma de arteria carótida común con ruptura intraoperatoria, presentación atípica y reporte de caso**

**Daniel E. Rojas<sup>\*1</sup>, Fernando D. Barrios Escubilla<sup>\*1</sup>, Johana B. Villafañe<sup>2</sup>, Belén A. Ramírez<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Asignatura Cirugía II – Facultad de Medicina – U.N.N.E. – Sargento Cabral 2001 C.P. (W 3400 BKE) Corrientes. Argentina.

<sup>2</sup>Docente tutora. Servicio de Cirugía General – Hospital Escuela "José de San Martín" Av. 3 de Abril 1224 C.P. (W 3410HHA) Corrientes. Argentina

Contacto: [daniesrojas19@gmail.com](mailto:daniesrojas19@gmail.com)

*\*Autores con igual nivel de protagonismo y autoría responsable.*

Fecha de recepción: 20/06/2025

Fecha de aprobación: 18/07/2025

Título abreviado: **Aneurisma de carótida común con ruptura intraoperatoria**

### RESUMEN

Los aneurismas de la arteria carótida extracraneal abarcan menos del 1% de todas las cirugías carotídeas y su presentación clínica puede ser atípica. Se describe el caso de un varón de 66 años con masa cervical indolora, disfagia, disfonía y signos de mediastinitis en imágenes, inicialmente interpretado como tumor abscedado. Fue intervenido quirúrgicamente, hallándose un aneurisma roto de la arteria carótida común, que se reparó con parche venoso por urgencia. El informe histopatológico sugirió una posible etiología infecciosa, aunque no se realizaron cultivos. La falta de signos típicos como pulsatilidad dificultó el diagnóstico preoperatorio. Este caso resalta la importancia de considerar aneurismas en el diagnóstico diferencial de masas cervicales, incluso sin manifestaciones clásicas, así como la necesidad de estudios de imagen adecuados y la inclusión de causas infecciosas ante hallazgos sugestivos.

**Palabras clave:** Cirugía vascular, masa cervical, injerto de vena safena



## ABSTRACT

Extracranial carotid artery aneurysms cover less than 1% of all carotid surgeries and their clinical presentation can be atypical. We report the case of a 66-year-old male with a painless cervical mass, dysphagia, dysphonia, and imaging findings of mediastinitis, initially interpreted as an abscessed tumor. During surgery, a ruptured aneurysm of the right common carotid artery was discovered and repaired using a venous patch due to the emergent condition. Histopathology suggested a possible infectious etiology, although no cultures were obtained. The absence of classical signs such as pulsatility hindered the preoperative diagnosis. This case highlights the need to include aneurysms in the differential diagnosis of cervical masses, even when classic features are lacking, and underlines the importance of appropriate imaging studies and the consideration of infectious causes when histologic findings are suggestive.

**Key words:** Vascular surgery, cervical mass, saphenous vein graft

## RESUMO

Os aneurismas da artéria carótida extracraniana representam menos de 1% de todas as cirurgias carotídeas e sua apresentação clínica pode ser atípica. Descreve-se o caso de um homem de 66 anos com massa cervical indolor, disfagia, disfonia e sinais de mediastinite em exames de imagem, inicialmente interpretados como tumor abscedado. Foi submetido a cirurgia de urgência, sendo identificado um aneurisma roto da artéria carótida comum, reparado com enxerto venoso. O exame histopatológico sugeriu uma possível etiologia infecciosa, embora não tenham sido realizados cultivos. A ausência de sinais típicos como pulsatilidade dificultou o diagnóstico pré-operatório. Este caso destaca a importância de considerar aneurismas no diagnóstico diferencial de massas cervicais, mesmo sem manifestações clássicas, bem como a necessidade de exames de imagem adequados e da consideração de causas infecciosas diante de achados sugestivos.

**Palavras-chave:** Cirurgia vascular, massa cervical, enxerto de veia safena

## INTRODUCCIÓN

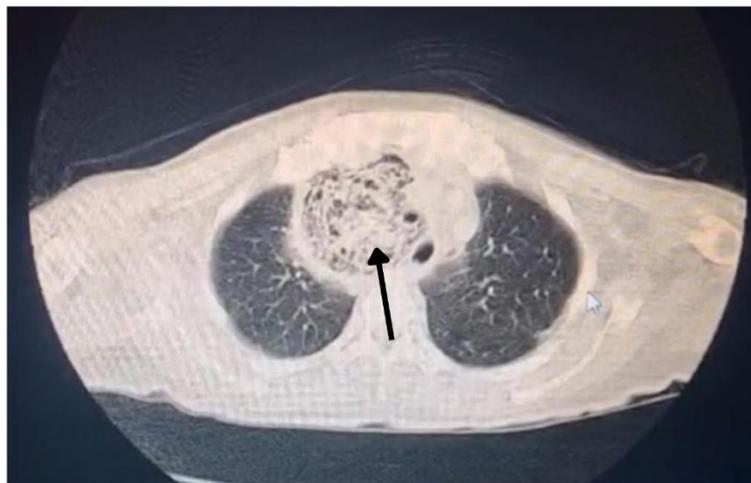
Los aneurismas se han definido como una dilatación mayor o igual al 50% del diámetro normal esperado de un vaso. Los aneurismas de la arteria carótida extracraneal son entidades poco comunes, representando menos del 1% de todas las operaciones carotídeas (1) y su localización en la arteria carótida común es aún más excepcional. Las etiologías incluyen aterosclerosis, endarterectomía, enfermedades del tejido conectivo, infecciones, entre otras (2). La forma clínica más común de presentación de estos aneurismas incluye síntomas locales, como masa cervical dolorosa y pulsátil, que en algunos casos se asocian con disfagia y disfonía debido a la compresión de estructuras adyacentes. A esto le sigue, en ocasiones, una presentación neurológica con ictus por trombo embolización distal (1-2).

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Se recibe derivación a hospital de referencia de paciente masculino de 66 años, que cursaba internación en hospital de baja complejidad por síndrome febril, disnea clase funcional tipo 2 con

oximetría de pulso en 90%, disfagia, disfonía y tumoración en región lateral derecha del cuello. Presentaba antecedentes de hipertensión arterial, tabaquismo y diabetes mellitus tipo 2. Ingresó hemodinámicamente estable, lúcido y colaborador. Al examen físico: asimetría cervical por tumoración supraclavicular de 6 cm aproximadamente, no dolorosa a la palpación, no pulsátil y asociada a enfisema subcutáneo. Se solicitaron pruebas de laboratorio y tomografía computada (TC) de tórax sin contraste. En el laboratorio se constató leucocitosis de 22 000/microlitro, mientras que la TC evidenció imágenes ganglionares adenomegálicas y una voluminosa colección heterogénea mal definida con predominio gaseoso en mediastino superior derecho y extensión al hueco supraclavicular homolateral, relacionándose íntimamente con el lóbulo tiroideo derecho, tronco arterial braquiocefálico, desplazando a la tráquea y esófago (**Fig. 1**). Las medidas de esta colección heterogénea eran alrededor de 64mm x 70mm x 96mm en sentido anteroposterior, transverso y cefalocaudal respectivamente.

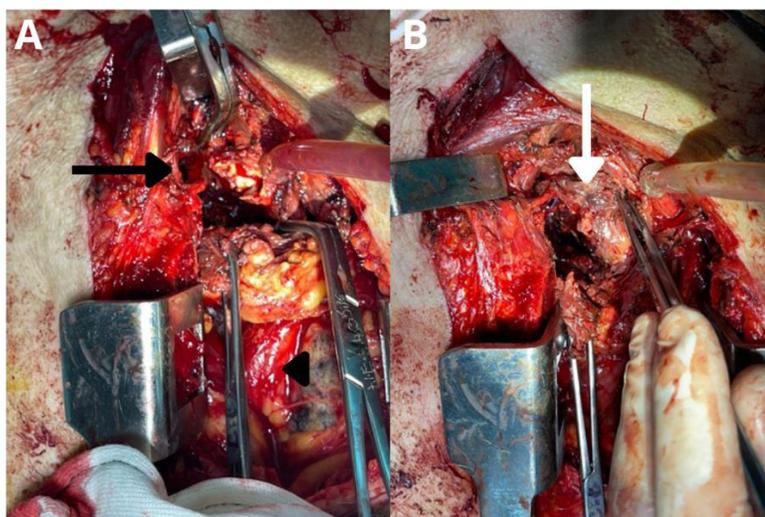
**Figura N°1:** TC sin contraste en ventana pulmonar. Se evidencia una colección heterogénea en mediastino superior derecho de predominio gaseoso (flecha negra).



Debido a una falta de expansión y pulsatilidad de la masa cervical a la palpación, se descartó una patología de origen vascular y se consideró una posible neoplasia tiroidea. Sin embargo, el informe preoperatorio por especialista de la TC de tórax, estableció probable mediastinitis por tumor abscedado. Se decide el ingreso del paciente al quirófano. Se realizó con cervicotomía anterolateral derecha, disecando por planos y retirando coágulos adheridos posteriormente al músculo esternocleidomastoideo, provocando un sangrado arterial activo. Se decidió realizar esternotomía para control distal y proximal de grandes vasos. Se continuó con la disección con maniobras romas, hasta constatar ruptura de aneurisma carotideo de 3 cm aproximadamente ubicado en la arteria carótida común derecha por lo que se realiza control distal y proximal de la arteria. Se realizó

heparinización con 5000 UI de heparina y exéresis de vena safena interna. Se realiza parche carotídeo con vena safena interna con prolene 6/0, se constata hemostasia y se libera flujo satisfactorio. Se coloca un drenaje abocado en la reparación de la arteria carótida común derecha y luego se realizaron puntos de aproximación esternal con Vycril N°2 y puntos de piel simples de nylon N°25. Finalizado el procedimiento, pasa a terapia intensiva en mal estado general, con altos requerimientos de drogas vasoactivas, llegando al óbito al siguiente día (**Fig. 2**). El informe sobre la biopsia enviada a anatomía patológica reportó en los cortes histológicos la presencia de tejido fibrinoleucocitario, con extensas áreas de necrosis, intenso infiltrado polimorfonuclear y extravasación leucocitaria con coexistencia de áreas con calcificación distrófica.

**Figura N°2:** Vista anterior de mediastino superior en esternotomía



**Ref.: A:** Se observa ruptura de aneurisma de carótida común (señalizada con flecha negra) y la aorta ascendente por debajo (señalizada con punta de flecha negra). **B:** Se observa la reparación del aneurisma con injerto de vena safena (señalizada con flecha blanca).

## DISCUSIÓN

La presentación clínica más común de un aneurisma de la arteria carótida extracraneal es la presencia de una masa cervical dolorosa, pulsátil y expansible asociada a síntomas como disfagia, disfonía y disnea por la compresión de esta a estructuras adyacentes. Sin embargo, existe una sustancial parte de pacientes que cursaron esta entidad de forma asintomática y, hasta donde sabemos, la ruptura espontánea de un aneurisma de la arteria carótida extracraneal no ha sido reportado en la literatura<sup>(2)</sup>. Una de las particularidades de nuestro paciente, es la falta de pulsatilidad y expansibilidad de la masa cervical que presentaba, lo cual dificultó más la sospecha de esta patología.

Existe una clasificación de los aneurismas de la arteria carótida extracraneal basada en su localización y estrategias quirúrgicas<sup>(3)</sup>. Según la clasificación de Attigah et al., el caso de nuestro paciente



corresponde a un aneurisma tipo V, caracterizado por comprometer exclusivamente la arteria carótida común, para los cuales se recomienda la reconstrucción del segmento arterial afectado mediante injertos sintéticos tipo Dacron. Esta recomendación se basa, entre otros factores, en la frecuente disimetría de calibres entre los extremos proximales y distales de la arteria carótida común, lo cual dificulta la realización de anastomosis término-terminal con injertos venosos. No obstante, en nuestro caso se empleó un injerto de vena safena debido a la emergencia intraoperatoria generada por la ruptura del aneurisma, no diagnosticada previamente, lo que condicionó la elección del material reconstructivo disponible en ese momento.

El informe de anatomía patológica podría sugerir una etiología infrecuente para esta patología, un aneurisma micótico o infectado. El término “aneurisma micótico” fue utilizado por primera vez por William Osler en 1885, tras observar múltiples aneurismas aórticos con vegetaciones de aspecto fúngico en un paciente con endocarditis infecciosa<sup>(4)</sup>. No obstante, con el tiempo se ha considerado que este término puede provocar confusiones, ya que la mayoría de los casos son causados por infecciones bacterianas y no fúngicas. Por ello, algunos autores han propuesto el uso del término “aneurisma infectado” como más apropiado. Entre los agentes bacterianos más frecuentemente implicados se encuentra el *Staphylococcus aureus*<sup>(5)</sup>. Sin embargo, ambos términos son utilizados hoy en día. En el presente caso, no es posible confirmar con certeza el origen infeccioso del aneurisma, ya que, si bien los hallazgos histopatológicos podrían orientar hacia esta etiología, no se realizó un cultivo microbiológico, debido a la baja sospecha preoperatoria dada la rara frecuencia de esta entidad.

El tratamiento invasivo para los aneurismas de la arteria carótida extracraneal corresponde solo al 0,6-3,8% de todas las intervenciones de carótidas extracraneales y 0,4–2% de todas sus reparaciones<sup>(2)</sup>. La principal complicación neurológica en pacientes que fueron sometidos a una cirugía convencional fue la lesión del nervio craneal, siendo transitoria en un 11-22% y permanente en el 3-13% de los pacientes<sup>(3)</sup>. El tratamiento conservador con antitrombóticos para prevenir eventos cerebrovasculares isquémicos está asociado con una mortalidad del 71%<sup>(6)</sup>. El tratamiento endovascular forma una propuesta atractiva para el manejo de estos aneurismas y puede ser adecuado en casos de pacientes no aptos para una cirugía convencional o en aneurismas de arteria carótida extracraneal tipo I o tipo V<sup>(6)</sup>. No hay consenso ni guías claras sobre la mejor opción terapéutica ya que la evidencia científica disponible está basada en reporte y series de caso.

## CONCLUSIÓN

El aneurisma de la arteria carótida común es una entidad rara, pero debe incluirse en el diagnóstico diferencial de las masas cervicales, incluso en ausencia de signos clásicos como su característica pulsatilidad. La presentación atípica puede desviar la sospecha clínica y retrasar estudios de imagen fundamentales como el eco-Doppler o la TC con contraste. Este caso resalta la importancia de mantener un enfoque diagnóstico amplio, así como la necesidad de realizar cultivos microbiológicos cuando se sospecha una posible etiología infecciosa, dado su impacto en la conducta terapéutica. Aunque sin guías claras, la cirugía abierta sigue siendo el tratamiento de elección.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Altun G, Pulathan Z, Hemsinli D. True Aneurysms of the Extracranial Carotid Artery : An Evaluation of Two “Giant Aneurysms” and the Current Literature. *J Korean Neurosurg Soc.* 2018; 61:282–6. DOI: [10.3340/jkns.2017.0404.003](https://doi.org/10.3340/jkns.2017.0404.003)
2. Welleweerd JC, den Ruijter HM, Nelissen BGL, Bots ML, Kappelle LJ, Rinkel GJE, et al. Management of extracranial carotid artery aneurysm. *Eur J VascEndovasc Surg Off J Eur Soc Vasc Surg.* 2015; 50:141–7. DOI: [10.1016/j.ejvs.2015.05.002](https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2015.05.002)
3. Attigah N, Külkens S, Zausig N, Hansmann J, Ringleb P, Hakimi M, et al. Surgical Therapy of Extracranial Carotid Artery Aneurysms: Long-Term Results over a 24-Year Period. *Eur J VascEndovasc Surg.* 2009; 37:127–33. DOI: [10.1016/j.ejvs.2008.10.020](https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2008.10.020)
4. Osler W. The Gulstonian Lectures, on Malignant Endocarditis. *Br Med J.* 1885; 1:522–6.
5. Brown SL, Busuttil RW, Baker JD, Machleder HI, Moore WS, Barker WF. Bacteriologic and surgical determinants of survival in patients with mycotic aneurysms. *J Vasc Surg.* 1984; 1:541–7.
6. Ni L, Pu Z, Zeng R, Zhang R, Zheng Y hong, Ye W, et al. Endovascular stenting for extracranial carotid artery aneurysms: Experiences and mid-term results. *Medicine (Baltimore).* 2016; 95:e5442. DOI: [10.1016/j.ejvs.2011.05.008](https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2011.05.008)