

S. Yasri^{a,*} y V. Wiwanitkit^b

^a KMT Primary Care Center, Bangkok, Thailand

^b Visiting professor, Hainan Medical University, Haikou City, Hainan Province, China

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sorayasri@outlook.co.th (S. Yasri).

<https://doi.org/10.1016/j.nrl.2017.12.013>

0213-4853/

© 2018 Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Pseudooclusión carotídea: un concepto a tener en cuenta en el ictus agudo



Carotid pseudo-occlusion: A concept to consider in acute stroke

Sr. Editor:

Se define como pseudooclusión (PO) de carótida interna (ACI) cervical al artefacto asociado-al-flujo, en una angio-TC o angiografía por sustracción digital (ASD), que nos da la apariencia de una oclusión carotídea completa a nivel extracraneal, cuando en realidad este segmento arterial se encuentra permeable y la oclusión está a nivel intracraneal¹. Este hallazgo puede influir en el manejo de los pacientes que llegan a la urgencia con un ictus agudo por mostrar un falso diagnóstico de oclusión en tándem de ACI extracraneal-intracraneal o de disección arterial, produciendo demoras en el inicio del tratamiento endovascular o inclusive descartarlo.

Se presenta el caso de una paciente con un ictus isquémico agudo debido a un trombo en ACI intracraneal izquierda que producía una imagen de PO carotídea a nivel cervical, y realizamos una breve revisión del tema.

Mujer de 55 años de edad, fumadora, con hipertensión arterial, dislipidemia y antecedente de fibrilación auricular paroxística sin tratamiento anticoagulante. Es traída a urgencias por despertar con dificultad en el habla y debili-

dad en extremidades derechas. A la exploración neurológica se evidencia una afasia mixta de predominio motor, hemianopsia homónima derecha con desviación de la mirada conjugada hacia la izquierda, hemiplejía facio-braquiocrural derecha y hemihipoestesia ipsilateral. La puntuación en la escala NIH fue de 22. Se le realizó una TC cerebral urgente que mostró una pérdida de diferenciación córtico-subcortical insular izquierda e hipodensidades a nivel de núcleos caudado y lenticular ipsilaterales, puntuando 7 en la escala ASPECT. En la TC de perfusión se observó una extensa área de penumbra y en la angio-TC se vio una imagen sugestiva de oclusión de la ACI izquierda desde su origen con morfología de afilamiento (fig. 1), informada como posible disección carotídea. Se traslada la paciente a la sala de neurointervencionismo y al realizar una ASD se aprecia como el contraste sube progresivamente a través de la ACI izquierda hasta llegar a su porción intracraneal (fig. 2). Tras confirmar la existencia de oclusión arterial solo en la porción terminal de la ACI izquierda se procede a realizar la extracción del trombo mediante trombectomía mecánica con dispositivo *stent-retriever*, consiguiendo una recanalización completa (TICI 3) tras un solo intento.

Al día siguiente, la paciente se encontraba mejor, puntuando 6 en la escala NIH. En el control realizado a los 3 meses, presentaba un mínimo déficit neurológico puntuando 1 en la escala modificada de Rankin.

El concepto de PO carotídea como aquel hallazgo en angio-TC, producido por una adquisición de imagen en fase arterial obtenida demasiado rápida para un flujo de contraste ententecido o bloqueado por una columna está-

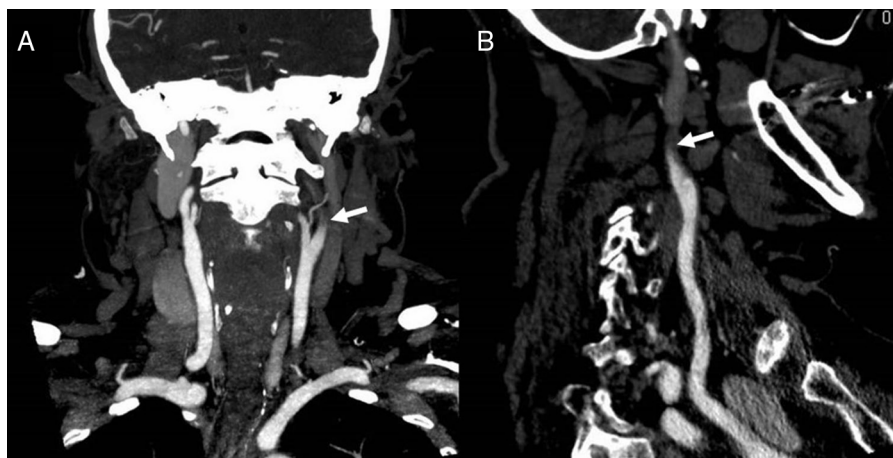


Figura 1 Imágenes de angio-TC, plano coronal (A) y sagital (B), que muestran posible oclusión de carótida interna izquierda desde su origen con morfología de afilamiento (flecha).

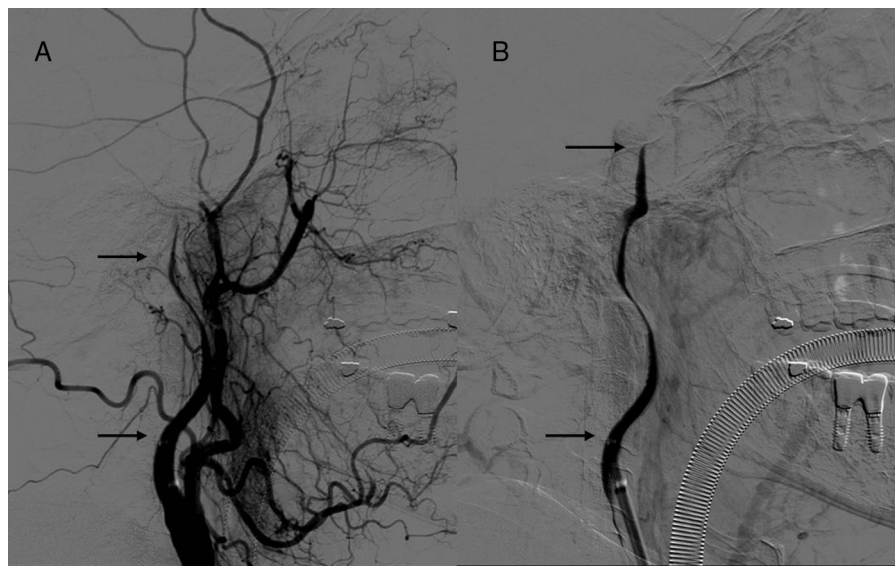


Figura 2 Angiografía cerebral en la que se ve paso de contraste distal a la zona de «pseudooclusión» carotídea hasta alcanzar la porción intracraneal de esta arteria (A y B).

tica de sangre no opaca que produce una falsa imagen de oclusión completa a nivel extracraneal, fue descrito por primera vez en 2010 por Kim et al.¹. Algunos autores utilizan el término «pseudooclusión carotídea» para referirse a una extensa lesión, generalmente ateromatosa, que produce un alto grado de estenosis (también llamada enfermedad suboclusiva, preoclusiva o estenosis crítica) a nivel de la ACI², en la presente nota nos referimos al fenómeno agudo descrito en los primeros renglones de esta discusión.

Hasta el 46% de oclusiones aisladas de la ACI intracraneal³ y el 11% de ictus isquémicos sometidos a tratamiento endovascular⁴ pueden presentar una imagen de PO carotídea, y en ocasiones puede verse el signo de la «llama» (característico de disección carotídea⁵) asociado a esta falsa imagen de oclusión. Aunque una angio-TC en multifase o eco-doppler carotídea podrían ayudar a afinar el diagnóstico, hasta en un 71% de los casos la imagen de PO carotídea puede seguir siendo difícil de aclarar inclusive tras una ASD con tiempos de adquisición prolongados, por lo que en estas situaciones suele ser necesario una exploración angiográfica selectiva mediante la colocación de un microcatéter distal al sitio de la PO, que en aquellos casos que no presenten una oclusión a este nivel, mostrará un llenado retrógrado de la ACI extracraneal al inyectar el contraste³.

En nuestra paciente, la falsa imagen de oclusión carotídea cervical impresionaba en un principio de estar en relación con una disección arterial, pero al realizar la inyección de contraste desde la porción proximal de la ACI afectada, pudimos darnos cuenta que en verdad estábamos frente a un fenómeno de PO carotídea cervical producido por un trombo a nivel de la ACI terminal.

La PO de carótida interna cervical es un fenómeno que puede verse con cierta frecuencia en los ictus secundarios a una oclusión aislada de la arteria carótida interna intracraneal y es un concepto que tenemos que tener presente en el manejo de nuestros pacientes para no enlentecer ni negar posibilidades de tratamiento de reperfusión a quienes se benefician del mismo.

Bibliografía

1. Kim JJ, Dillon WP, Glastonbury CM, Provenzale JM, Wintermark M. Sixty-four-section multidetector CT angiography of carotid arteries: A systematic analysis of image quality and artifacts. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2010;31:91–9.
2. Iniesta I, Lamballe, Rodríguez A, Duignan J, Zaman S, Watson I, et al. Hallazgos radiológicos de una pseudooclusión carotídea sintomática: signo del Guadiana. *Neurología.* 2017;32:334–7.
3. Grossberg JA, Haussen DC, Cardoso FB, Rebello LC, Bouslama M, Anderson AM, et al. Cervical Carotid Pseudo-Occlusions and False Dissections: Intracranial Occlusions Masquerading as Extracranial Occlusions. *Stroke.* 2017;48:774–7.
4. Marquering HA, Nederkoorn PJ, Beenen LF, Lycklama à Nijeholt GJ, van den Berg R, Roos YB, et al. Carotid pseudo-occlusion on CTA in patients with acute ischemic stroke: A concerning observation. *Clin Neurol Neurosurg.* 2013;115:1591–4.
5. Caplan LR. Dissections of brain-supplying arteries. *Nat Clin Pract Neurol.* 2008;4:34–42.

H. Tejada Meza^{a,*}, J. Artal Roy^a, M. Serrano Ponz^a, S. Guelbenzu Morte^b y J. Marta Moreno^a

^a Unidad de Ictus, Servicio de Neurología, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

^b Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: htmeza@gmail.com (H. Tejada Meza).

<https://doi.org/10.1016/j.nrl.2017.09.010>
0213-4853/

© 2017 Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).