

MASA CERVICAL, APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA EN NIÑA CON PROCESO FEBRIL AGUDO

Melissa Fontalvo Acosta

Tutor: Pedro Alcalá

Colaboración del Servicio Radiología
intervencionista y Otorrino Infantil

Caso Clínico

Niña de 21 meses sin AP de interés consulta por síndrome febril de ocho días de evolución que asocia erupción cutánea macular intermitente y edema de manos y pies de aparición en las últimas 24 horas

EXAMEN FÍSICO:

PA:107/62, FC:120lpm, T:39°C

Labios fisurados, faringe hiperémica, edema blando de pies y una masa cervical de 3cm x 3cm no pulsátil en ángulo submandibular izquierdo. Sin signos de dificultad respiratoria ni disfagia. No se evidencia exantema

Pruebas complementarias

HEMOGRAMA	Leucocitos: 36030 (% Neu 84,80, Linfo 9,90%,) Hb: 8,7g/dl, PLQ 481000
BIOQUÍMICA	PCR: 8,14mg/dl
COAGULACIÓN	Normal
PCR INFLUENZA A Y B	Negativo
PCR VRS	Negativo
HEMOCULTIVOS	Pendiente

Impresión diagnóstica

ADENITIS CERVICAL ABSCESIFICADA

- ✓ Se inicia tratamiento con Amoxicilina Clavulánico
- ✓ Solicitamos ecografía cervical

ENFERMEDAD DE KAWASAKI

Fiebre > 5 días

+

- Adenopatía cervical > 1.5cm
- Exantema polimorfo
- Edema de manos y pies
- Labios secos y fisurados

- ✓ Tratamiento:
 - Inmunoglobulina
 - Aspirina
- ✓ Solicitamos ecocardiograma

Evolución

Hemocultivo: *Streptococcus pyogenes*



DÍA
2

ECOCARDIOGRAMA: normal

ECOGRAFÍA CERVICAL: conglomerado adenopático submaxilar izquierdo que engloba en su interior estructura quística de 15mm de aspecto de aneurisma.

DÍA
1

Inicia tratamiento con Amoxicilina Clavulánico IV y ante sospecha de enfermedad de Kawasaki, inmunoglobulina inespecífica y ASA.

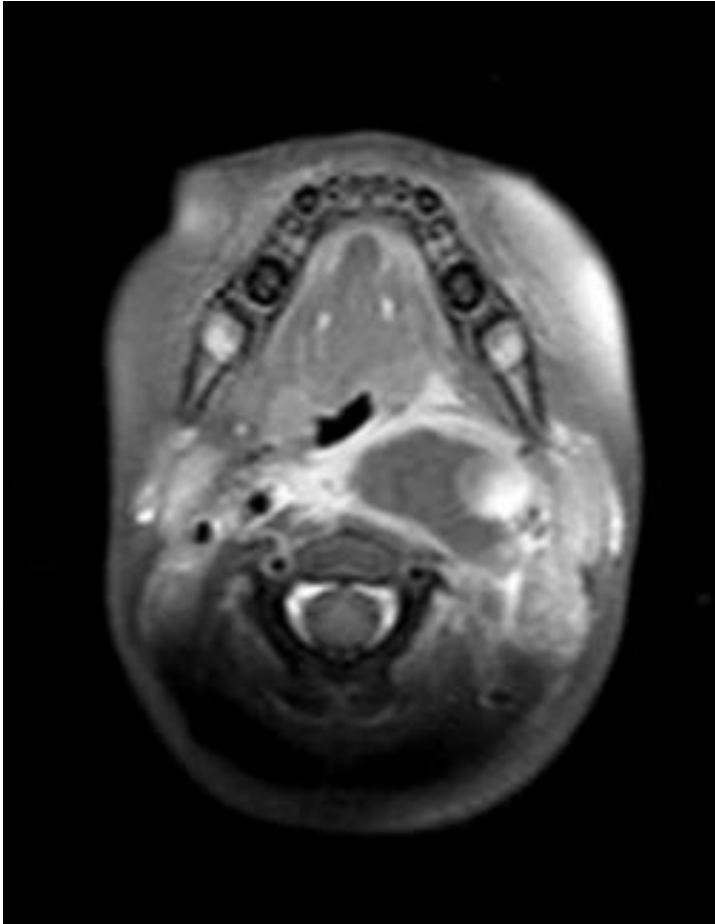
Se amplía cobertura antibiótica:

- Vancomicina + Amoxicilina Clavulánico

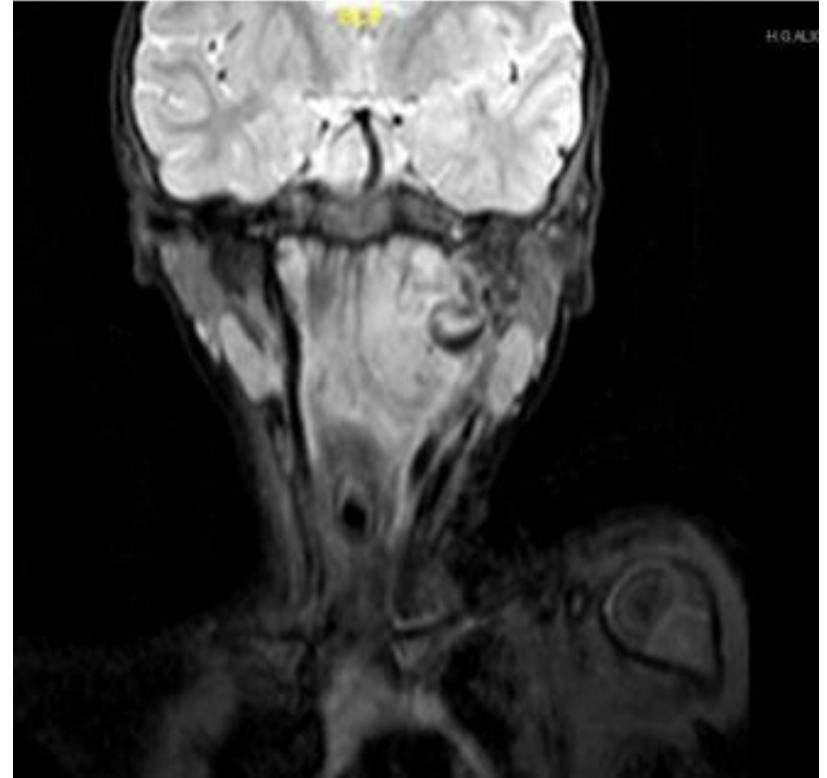
Se realiza ecografía cervical

Se realiza ecocardiograma

RMN DE CUELLO 20/12/17



Signos inflamatorios en toda la arteria carótida interna distal



Masa/conglomerado adenopático para y retrofaríngeo izquierdo, Condiciona estenosis y desplazamiento significativo de la orofaringe y paquete vascular carotídeo. Estenosis crítica de la arteria carótida interna izquierda donde contacta con pseudoaneurisma/aneurisma sacular de 16mm. Distalmente hay buen relleno de la arteria carótida interna intra y extracraneal aunque de calibre más disminuido.

Día 3 de ingreso: Situación actual

Niña de 21 meses con:

- ✓ Masa Cervical → Aneurisma/Pseudoaneurisma
- ✓ Absceso vs Sangrado



- Radiología Intervencionista
- Otorrinolaringología Pediátrica
- Cirugía Infantil
- Anestesia
- UCIP
- Hematología

Radiología intervencionista realiza angiografía cerebral (21/12/16)

1

Se realiza eco-doppler cerebral para conocer estado de circulación en polígono de Willis, el cual se encontraba conservado

2

Se confirma la presencia de un pseudo-aneurisma/ aneurisma en la porción post-bulbar de la ACI cervical izquierda. Distalmente existe una estenosis crítica de la ACI con un flujo intracraneal escaso y enlentecido, rellenándose el territorio anterior izquierdo predominantemente mediante colateralidad por el polígono (AComA y AComP) y por ramas de la Carótida externa.

No sangrado



3

**En el mismo acto el equipo de Otorrinolaringología Pediátrica
(21/12/17) → Día 3 de ingreso**

Procede al drenaje de la colección purulenta periamigdalina
mediante abordaje transoral



Tras procedimiento Ingresa a UCIP para vigilancia estrecha

Evolución

Día 3

- Drenaje de la colección
- Persistencia de la fiebre:

Nueva dosis de inmunoglobulina y se inicia terapia con corticoide IV durante tres días

Ingresa a UCI

Día 4

**Estable
Queda febril**

Día 5

Alta UCI

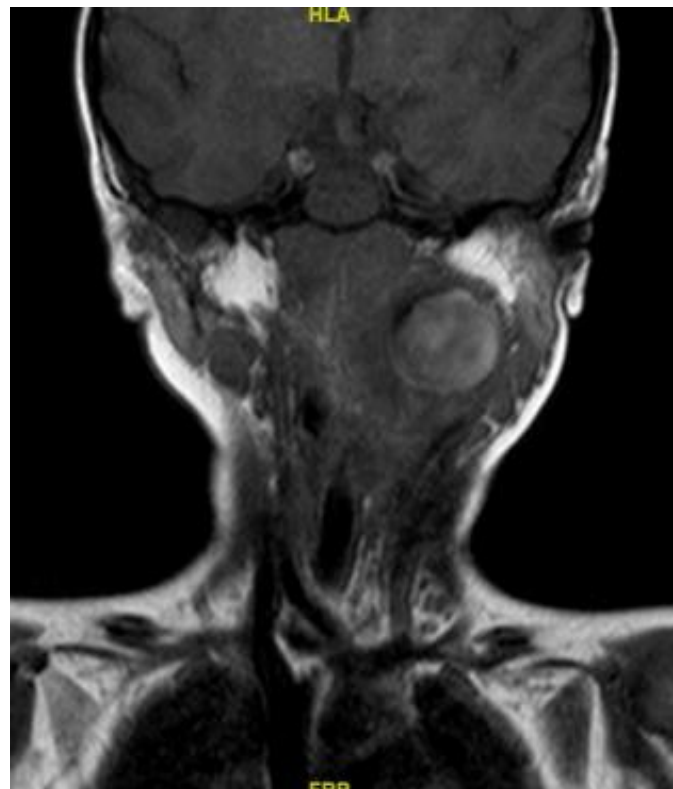
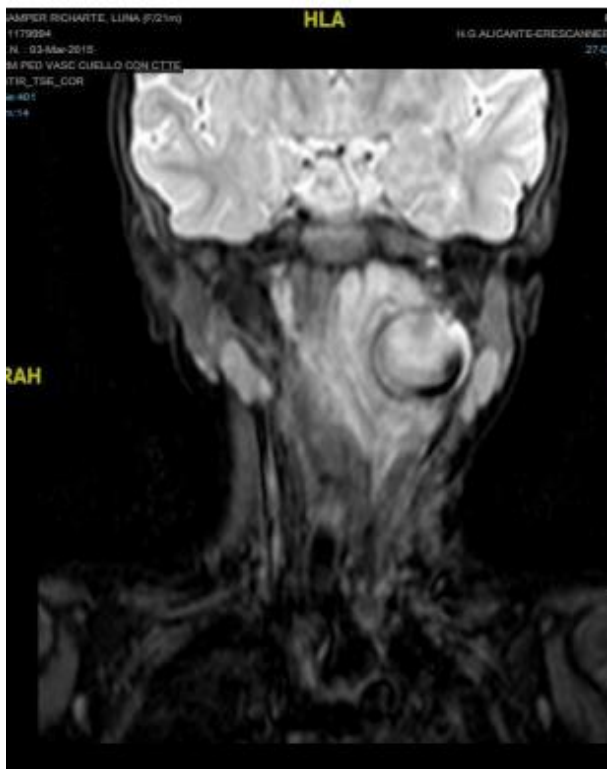
Se realiza ecocardiograma y Ecografía abdominal :

No se identifican otras lesiones vasculares

Hematología: Continuar terapia antiagregación simple con aspirina

**Día 10 RM
de control**

RMN DE CUELLO 27/12/17

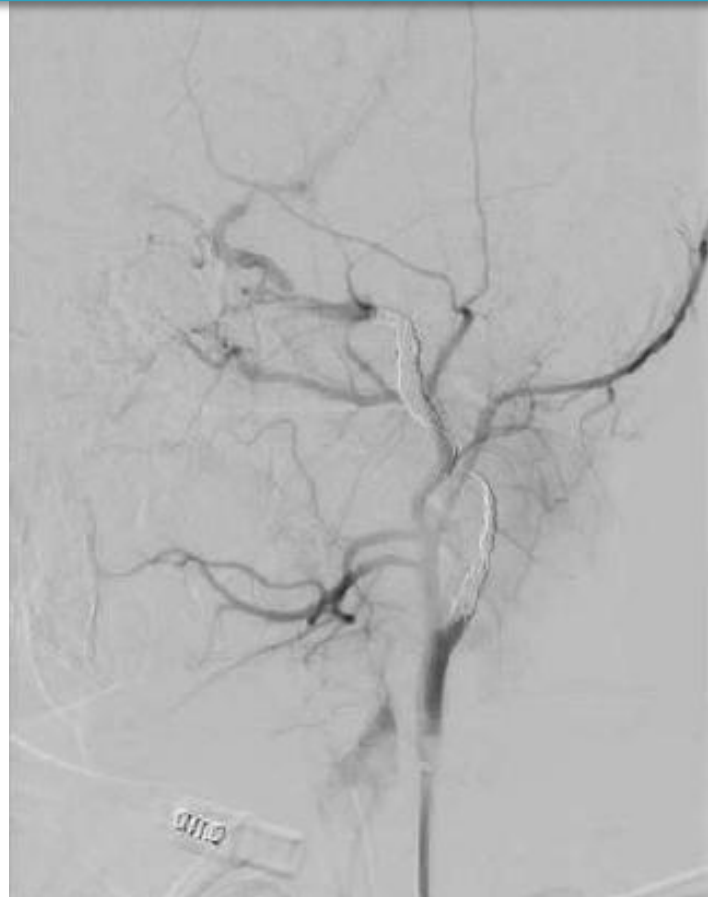
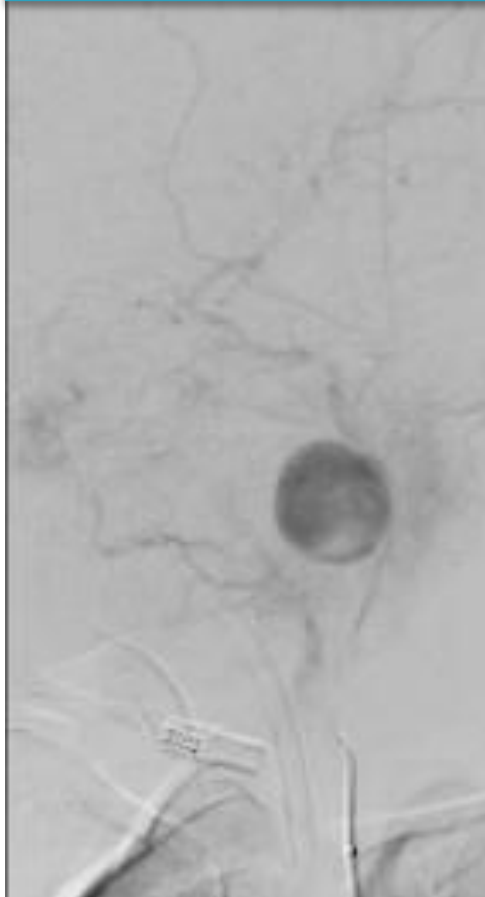


Crecimiento del pseudoaneurisma dependiente de la arteria carótida interna izquierda con disminución de la colección/absceso perianeurismático situada en espacio parafaríngeo.

Radiología intervencionista realiza embolización del aneurisma (28/12/16)→ Día 11

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR

Debido a la proximidad del aneurisma al seno petroso no era viable la ligadura quirúrgica



Se liberan múltiples coils hasta conseguir oclusión completa distal al pseudoaneurisma/ aneurisma

Se evita liberar coils en región de cuello del pseudoaneurisma y se continua la oclusión en el segmento arterial proximal al mismo.

Tras procedimiento Ingresa a UCIP para vigilancia estrecha

Impresión diagnóstica actual

Bacteriemia por *S.pyogenes*

Absceso retrofaríngeo:

✓ Amigdalitis pultácea/Adenitis

Aneurisma de la porción extracraneal de la carótida:

- ¿Arteritis?
- ¿Aneurisma infeccioso?

Evolución

24 horas en
UCIP estable
no déficit
neurológico

Día 14

Reaparición de la fiebre y leve aumento del bultoma

Se repite RM cervical: aumento de partes blandas, pequeña colección cerca del petroso.

NO cambios vasculares

Amplia cobertura ATB:
Clindamicina y Cefotaxima y en consenso con ORL se inicia corticoides

Día 17

Queda afebril,
continúa
antibioterapia IV hasta
completar 30 días y
corticoides en
descenso hasta
suspensión al alta.

Día 30

ALTA

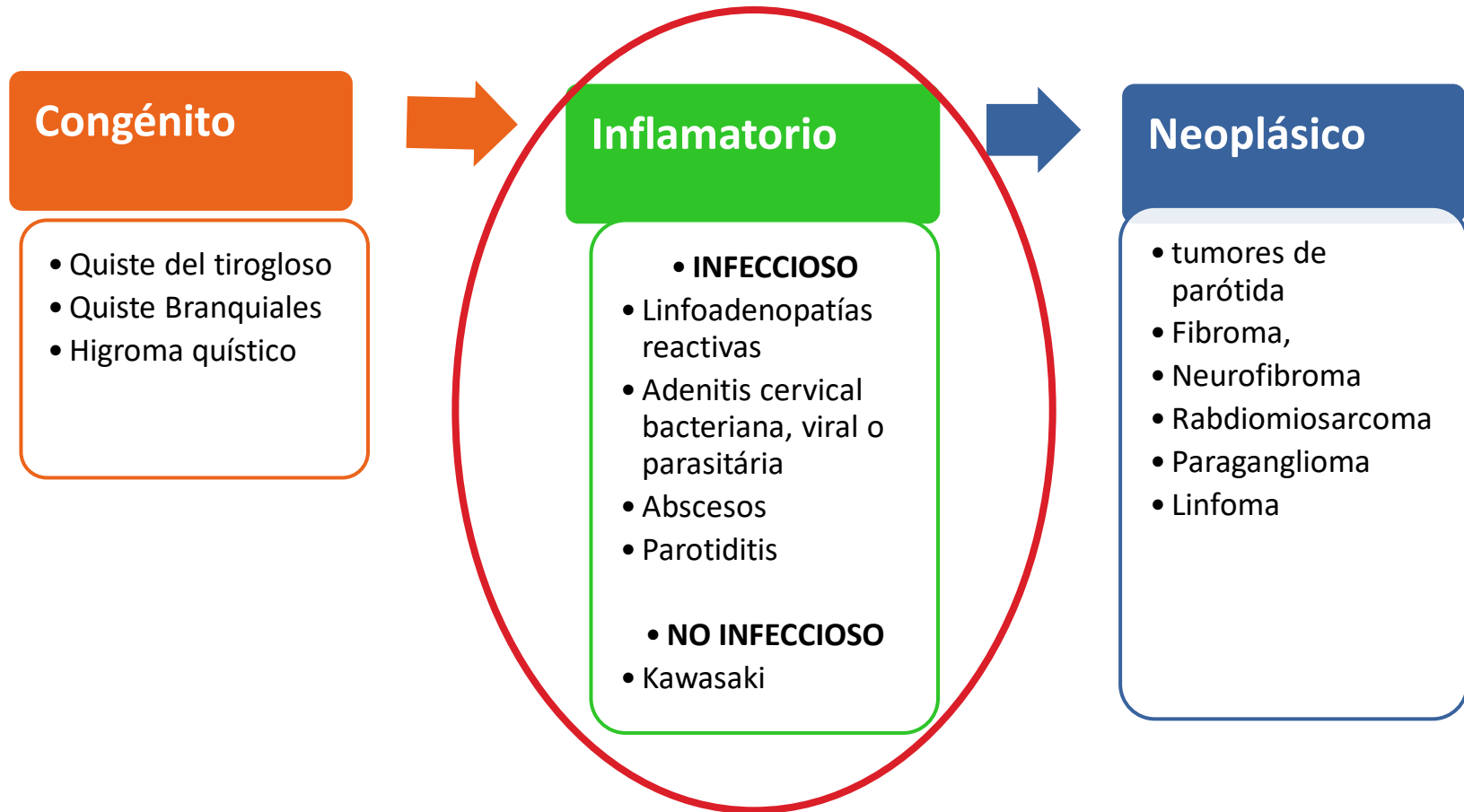
Resolución de las colecciones cervicales con disminución del aneurisma.

Hemio cultivos negativos

No déficit neurológico

Profilaxis antibiótica con
Amoxicilina

Diagnóstico diferencial de las masas cervicales

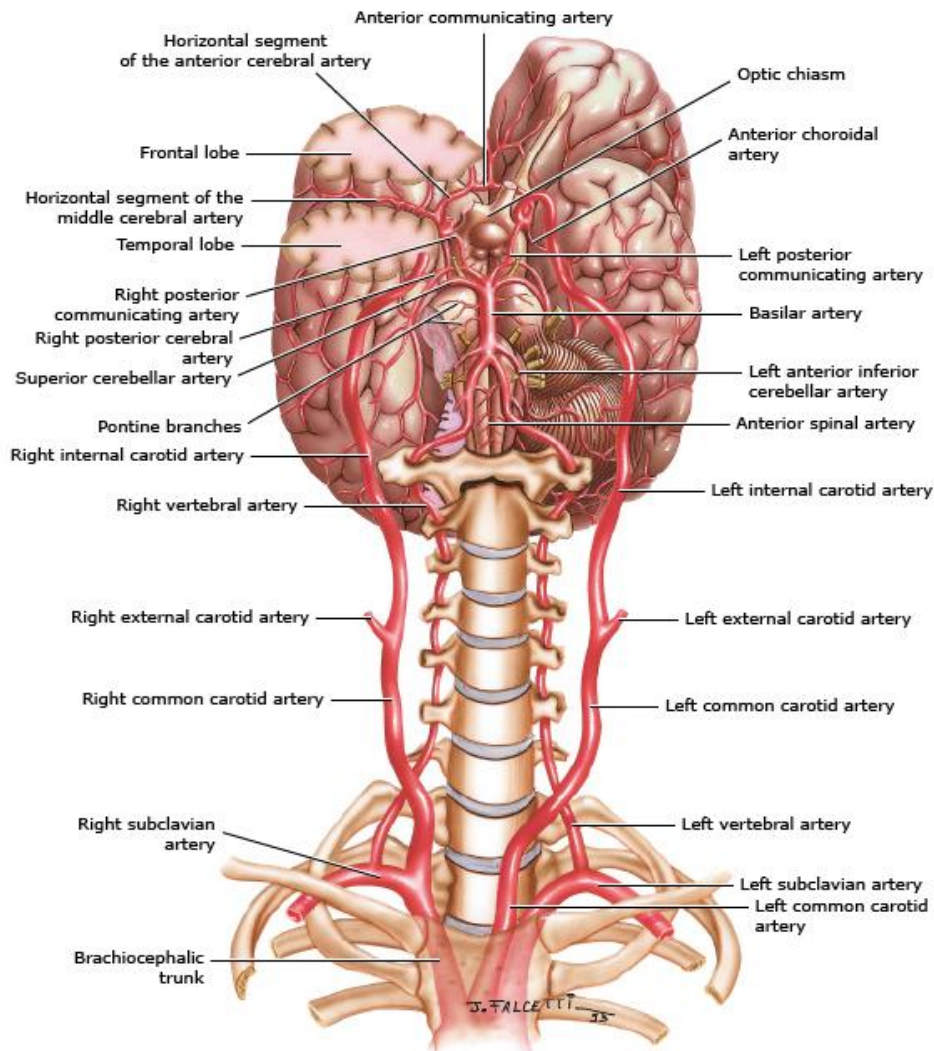


Aneurismas de la carótida extracraneal

Epidemiología

- Los aneurismas de la porción extracraneal de la arteria carótida son extremadamente raros:
 - Suponen $< 1\%$ de las intervenciones quirúrgicas de carótida y el 4% de todos los aneurismas periféricos en adultos.
- En la población pediátrica es aún más raros

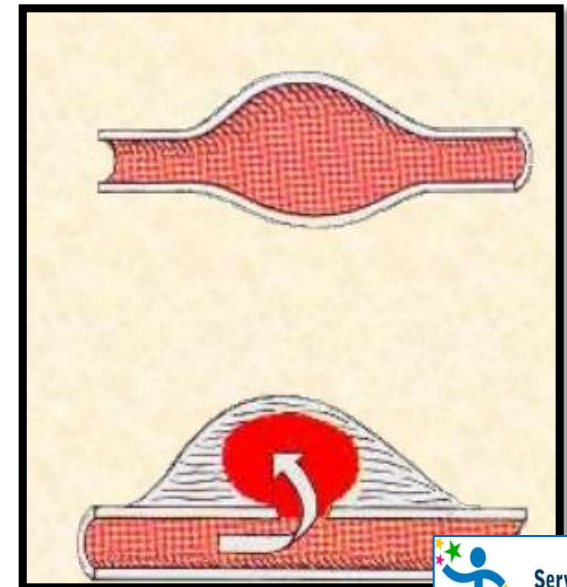
Repaso anatómico



ANEURISMA/ PSEUDOANEURISMA

La diferenciación no siempre es fácil en la práctica clínica.

SEGÚN LA INDEMNIDAD DE
LAS TÚNICAS DEL VASO



Etiología

ETIOLOGÍA	
INFECCIOSA	• Absceso faríngeo o parafaríngeo • Amigdalitis • Adenitis cervical
INFLAMATORIA	• Arteritis de Takayasu • Enfermedad de Kawasaki • Enfermedad de Behcet
TRAUMÁTICA	• Cirugía
CONGENITA	• Marfan • Ehlers-Danlos

Extracranial carotid arteries aneurysms in children

Single-center experiences in 4 patients and review of the literature

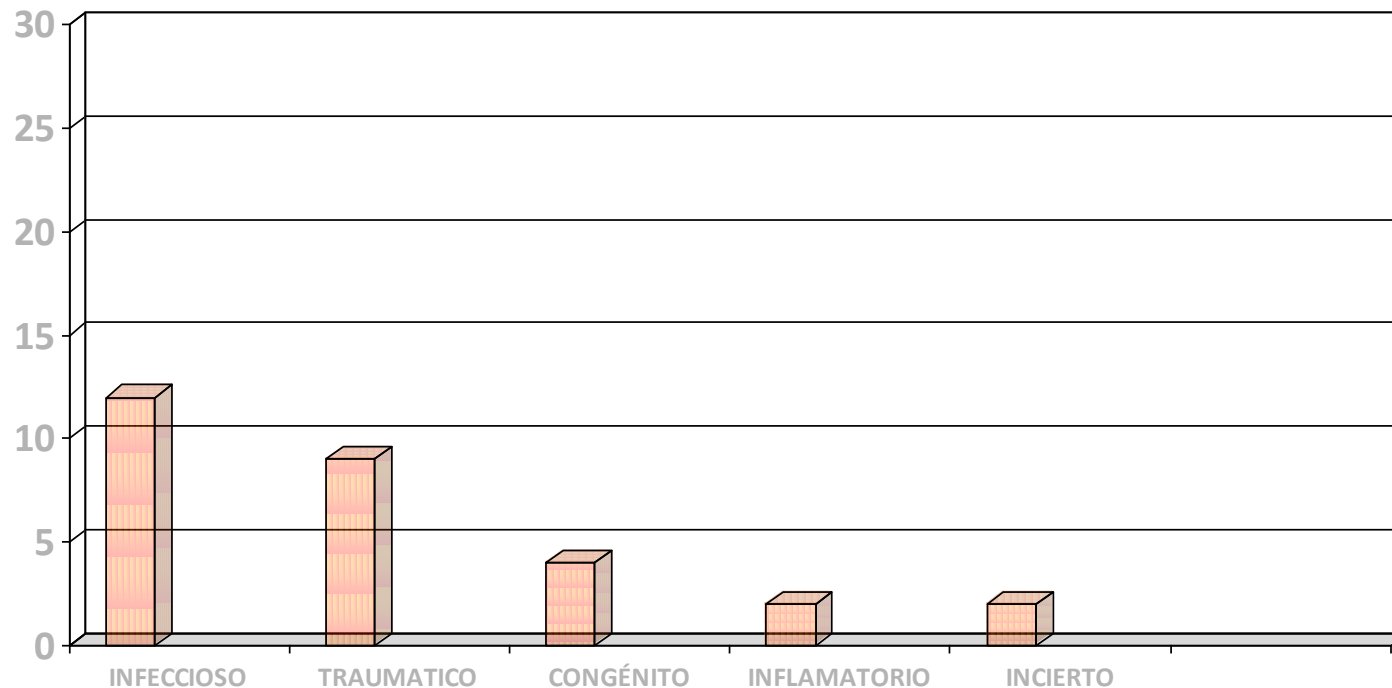
Siamak Pourhassan^a, Dirk Grotemeyer^{a,*}, Marcus Fokou^a, Wolfram Heinen^b, Kai Balzer^a, Ulrich Ramp^c, Wilhelm Sandmann^a

^aDepartment of Vascular Surgery and Kidney Transplantation, University Hospital, 40225 Düsseldorf, Germany

^bInstitute for Diagnostic Radiology, University Hospital, 40225 Düsseldorf, Germany

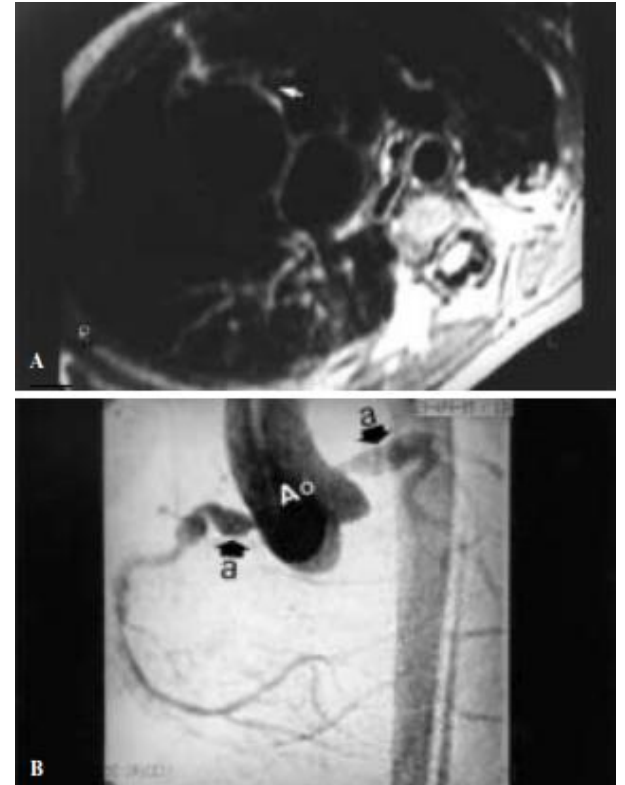
^cInstitute of Pathology, University Hospital, 40225 Düsseldorf, Germany

Received 8 June 2007; revised 21 July 2007; accepted 21 July 2007



Vasculitis y aneurismas

- En la enfermedad de Kawasaki la mayor complicación es la afectación de las arterias coronarias → **Aneurismas**
- Se han descrito casos de lesiones extracoronarias incluida la carótida
- Los ECCA son más típicos de vasculitis de grande vaso:
 - Arteritis de Takayasu
 - Enfermedad de Behcet



Aneurisma infeccioso

- Pueden ocurrir en cualquier segmento arterial
- Representan un porcentaje mínimo de los aneurismas
- La degeneración aneurismática en el contexto de la infección produce destrucción focal de la pared:
 - Acción de las enzimas bacterianas
 - Actividad de la proteasa sérica de los neutrófilos

Clasificación de los aneurismas infecciosos

Aneurisma micótico: Procedente de émbolos sépticos arteriales → Vegetaciones valvulares cardíacas

Arteritis microbiana con formación de aneurisma

Infección de aneurisma preexistente

Falsos aneurismas postraumáticos infectados

Extracranial carotid artery aneurysm in a child misdiagnosed as a parapharyngeal abscess: A case report

Ö. FARUK ÜNAL, MD*, KEMAL T. HEPGÜL, MD*, M. INAN TURANTAN, MD*, MUSTAFA BOZBOGA, MD*, and
ENGİN YAZICIOĞLU, MD**

Istanbul, Turkey

The Journal of Otolaryngology 21:2, 1992

Pseudoaneurysm of the Internal Carotid Artery: Complication of Deep Neck Space Infection

J. Krysl,¹ L. Noël de Tilly,² and D. Armstrong³

AJNR 14:696-698, May/Jun 1993 0195-6108/93/1403-0696 © American Society of Neuroradiology

J Neurosurg 91:510-514, 1999

Endovascular occlusion of a carotid pseudoaneurysm complicating deep neck space infection in a child

Case report

ANDREW REISNER, M.D., GARY S. MARSHALL, M.D., KRISTINA BRYANT, M.D.,
GREGORY C. POSTEL, M.D., AND STEVEN M. EBERLY, M.D.

*Departments of Neurosurgery, Pediatrics, and Radiology, University of Louisville School of Medicine,
Louisville, Kentucky*

Manifestaciones Clínicas

Masa pulsátil en cuello

Sangrado de ORL

Crecimiento de la masa

- Compresión de la vía aérea: disnea
- Compresión de pares craneales (IX-XIII)
- Síndrome de Horner
- Compresión de la vía Digestiva: disfagia

Complicaciones

- Ruptura del aneurisma
 - Más común en los traumáticos e infecciosos
- Accidente cerebrovascular:
 - Trombótico
 - Hemorrágico
- Pseudoaneurisma estable: Foco de embolización séptica



Tratamiento

- Debido al riesgo de complicaciones a nivel del sistema nervioso central:
 - **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PRECOZ**
- No existe consenso sobre la mejor estrategia terapéutica

Tratamiento quirúrgico:

- Injerto Vascular
- Resección y anastomosis

Tratamiento Endovascular:

- Embolización

Conclusiones

- El aneurisma ACI en edad pediátrica es una entidad muy infrecuente
- No clara estrategia terapéutica establecida por la evidencia científica
- Ante la sospecha diagnóstica, se habría de realizar sin demora las pruebas de imagen y las medidas terapéuticas para evitar las graves complicaciones hemorrágicas y tromboembólicas asociadas
- El pronóstico a largo plazo es incierto

GRACIAS

En especial al equipo de Radiología intervencionista y
Otorrinolaringología Pediátrica por su ayuda y
compromiso



FELIZ DÍA