

NOTA CLÍNICO-QUIRÚRGICA

ANEURISMA NO PULSÁTIL DE LA ARTERIA TEMPORAL SUPERFICIAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

E. COSCARÓN BLANCO¹, J. J. BENITO¹, F. BENITO¹, J. L. GÓMEZ¹, A. DEL CAÑIZO ÁLVAREZ¹,
P. ANTÚNEZ²

¹SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICOFACIAL. ²SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA.
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. UNIVERSIDAD DE SALAMANCA.

RESUMEN

Los aneurismas de la arteria temporal superficial son una causa poco frecuente de tumoración de región preauricular o parotídea. La causa más frecuente es traumática cuando es pseudoaneurisma y arteriosclerosis-ateromatosis cuando éste es verdadero aneurisma. Su diagnóstico es clínico en base a sus características vasculares (masa pulsátil depresible, thrill...), ausentes cuando está trombosado, eventualidad infrecuente que puede complicar por ello el diagnóstico. En este caso toman

importancia y son de gran ayuda las pruebas radiológicas. La cirugía es curativa y recomendable, especialmente en casos trombosados, siendo la exéresis previa ligadura proximal y distal del vaso, bien bajo anestesia local o general, la técnica más aceptada. Los aneurismas de la arteria temporal superficial son muy poco frecuentes en la literatura otorrinolaringológica. Comunicamos un caso que se presentó como una masa no pulsátil preauricular para llamar la atención acerca de esta rara lesión.

PALABRAS CLAVE: Aneurisma trombosado. Arteria temporal superficial. Masa no pulsátil preauricular.

ABSTRACT

NON-PULSATILE ANEURYSM OF THE SUPERFICIAL TEMPORAL ARTERY. A CASE REPORT

Aneurysms of the superficial temporal artery are an uncommon cause for preauricular or parotid masses. Trauma is the most frequent etiology for a pseudoaneurysm and atheromatosis for the true aneurysm. The diagnosis is clinical due to their vascular signs (pulsatile mass, thrill...), these signs are not present when the aneurysms are thrombosed, being this an unusual event that will make difficult a proper diagnosis.

Radiological investigations are needed and helpful under these circumstances. Surgery is curative and recommended, being the excision after proximal and distal ligation of the artery the most accepted procedure. Aneurysms of the superficial temporal artery are rarely reported in the literature. We report a case that showed up as a non-pulsatile preauricular mass to highlight this unusual condition.

KEY WORDS: Thrombosed aneurysm. Superficial temporal artery. Non-pulsatile preauricular mass.

Correspondencia: E. Coscarón Blanco. Plaza San Justo 1, Portal 2, 2ºB. 37001 Salamanca.

Fecha de recepción: 27-3-2002

Fecha de aceptación: 11-4-2002

INTRODUCCIÓN

Los aneurismas de la arteria temporal superficial (ATS) constituyen una entidad rara. Se presentan como masas preauriculares pulsátiles. La causa más frecuente es traumática, apareciendo en un intervalo de 1 mes aproximadamente desde el traumatismo y suelen ser pseudoaneurismas. Más raramente son aneurismas verdaderos, siendo en este caso secundarios a arteriosclerosis. Los casos descritos en la literatura médica desde el primero (Bartholin, 1740) son muy poco numerosos, motivo por el cual no se consideran en el diagnóstico diferencial a priori de masas en dicha región, máxime cuando éstos, además, pierden su principal característica diferencial: la pulsatilidad y depresibilidad a la palpación por algún fenómeno trombótico o carecemos del antecedente traumático. Se han descrito múltiples estrategias terapéuticas ante ellos aunque la más generalizada es la actitud quirúrgica. Presentamos un raro caso de aneurisma no pulsátil de la ATS para llamar la atención acerca de esta entidad y nuestra actitud.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 74 años de edad, con antecedentes personales de enfermedad de Paget, HTA, Diabetes mellitus tipo 2 y sin conectivopatías conocidas ni personales ni familiares que consultaba por tumoración en región parotídea izquierda de unos 14 años de evolución de crecimiento progresivo en los últimos meses sin producir sintomatología alguna. En la exploración se apreciaba una tumoración en región parotídea izquierda, justo de-



Figura 2. TAC: Aneurisma de la STA con trombo en su interior.

lante del pabellón auditivo bien delimitada, redondeada, de unos 3 centímetros de diámetro, fija, de consistencia firme, no adherida a planos profundos ni piel (Fig. 1). La tumoración no latía, no pulsaba, no era depresible ni movilizable. No se adhería a planos cutáneos. No se objetivaron adenopatías ni alteraciones de la motilidad facial. La TC demostró



Figura 1. Aspecto clínico de la tumoración.

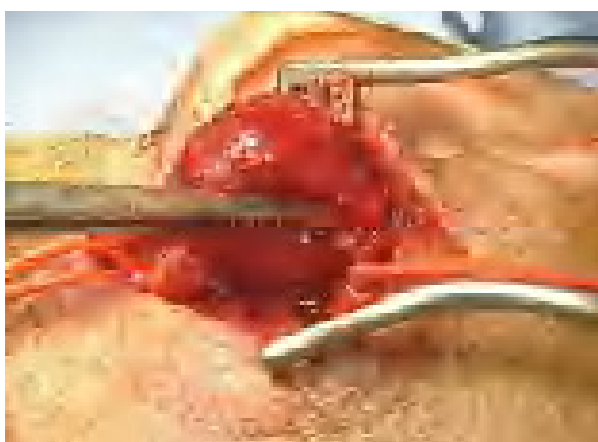


Figura 3. Imagen intraoperatoria mostrando cabos proximal y distal de la arteria temporal superficial.

signos de aneurisma de la ATS de 3x2x2 cms, con presencia de trombo en su interior (Fig. 2). Con estos datos se decidió exéresis del mismo tras ligadura proximal y distal de la ATS (Figs. 3, 4 y 5). El postoperatorio transcurrió sin incidencias. El estudio anatomopatológico evidenció pared de arteria temporal con depósito cálcico y trombo (Fig. 6).

DISCUSIÓN

Los aneurismas de la ATS son mayoritariamente pseudoaneurismas secundarios a traumatismos bien quirúrgico, bien accidental (90%) por automóviles, deportivo o iatrógeno (artroplastia de articulación temporomandibular, injertos capilares para la alopecia...) ^{1-6,10}. Suelen aparecer en un intervalo de 1 mes aproximadamente tras el traumatismo y constituyen una entidad poco frecuente, representando aproximadamente un 0,5-2,5% de todos los aneurismas ³. Los aneurismas verdaderos son aún más raros y generalmente son secundarios a aterosclerosis ⁷. Se ha investigado su asociación en el síndrome de Ehler-Danlos. Ambos se diferencian en el número de capas de que consta su pared arterial: mientras en los aneurismas verdaderos están presentes las 3 capas guardando la estructura normal del vaso en cuanto a sus estratos, en un pseudoaneurisma sólo hay una capa conectivo-fibrosa constituyendo su pared.

Su localización más frecuente es el cruce de la ATS sobre el arco zigomático o en la línea temporalis, donde no está protegida por músculo ¹⁴. Aparecen como una masa preauricular, asintomática, pulsátil y depresible, especialmente si son pseudoaneurismas. En su diagnóstico diferencial, por su localización, se incluyen tumoraciones parotídeas, tumores del nervio facial, adenopatías, absceso frío, quiste sebáceo o

epidérmico, lipoma, fistulas arteriovenosas, aneurismas de la arteria menígea media que producen erosión ósea y otros tumores más raros de estructuras adyacentes ^{8,11,14}. Cuando está trombosado, fenómeno muy infrecuente pero que dificulta el diagnóstico como en nuestro caso, el diagnóstico diferencial que se impone es con masas tumorales y adenopatías principalmente dada su dureza y no pulsatilidad. No hay unanimidad en la literatura en cuanto a la técnica de imagen de elección para su estudio. Aunque muchos autores defienden la arteriografía por ser patología vascular, por tener clásicamente esta técnica un riesgo de complicación del 1% (principalmente ACV), y posibilitar un tratamiento en el mismo acto mediante embolización ^{12,13,15}, nosotros elegimos la TAC por tratarse de una masa no pulsátil y porque nos permite ver tanto la naturaleza de la lesión, como sus relaciones y patología asociada sin riesgo vascular o neurológico. La ecografía y RMN hubieran podido ser alternativas válidas ^{9,11}. Por otro lado, se han descrito múltiples estrategias terapéuticas que van desde la simple compresión repetida hasta la embolización y la cirugía. La actitud más admitida es el tratamiento quirúrgico practicando exéresis del mismo previa ligadura proximal y distal de la ATS bajo anestesia local o, electivamente, general siendo en ambos casos curativa y de escaso riesgo para el paciente. Las indicaciones de tratamiento son dolor, estética, erosión cutánea con potencial riesgo de rotura o trombosis del mismo por el potencial riesgo de suelta de émbolos ¹¹.

Aunque constituye una entidad sencilla de tratar, su resección puede en ocasiones constituir una tarea difícil si está en proximidad al nervio facial o si se adhiere a la parótida. En nuestro caso no ocurría así y la exéresis se llevó a cabo sin incidencias.



Figura 4. Pieza quirúrgica.

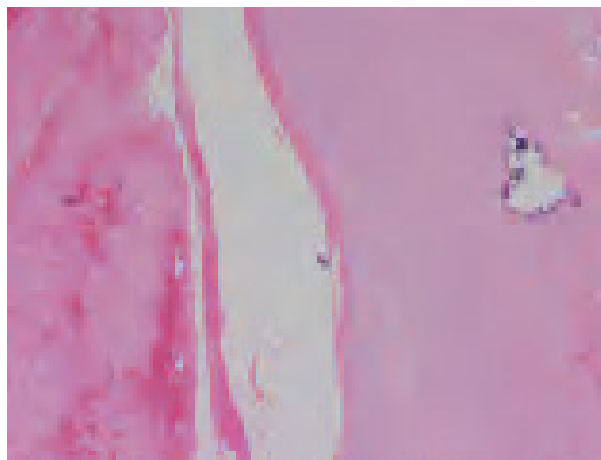


Figura 5. Pared arterial del aneurisma y trombo.

REFERENCIAS

- 1.- Manship LL, Haynes JL, Bunt TJ. Traumatic aneurysm of superficial temporal artery. *Am Surg* 1986; 52: 49-52.
- 2.- Peick AL, Nichols WK, Curtis JJ, Silver D. Aneurysms of superficial temporal artery caused by trauma. *J Vasc Surg* 1988; 8: 606-10.
- 3.- Cremone JC, Grosh JD. Traumatic aneurysms of the superficial temporal artery. *J Trauma* 1980; 20: 986-8.
- 4.- Dinner MI, Hartwell SW, Magid AJ. Iatrogenic false aneurism of the proximal superficial temporal artery. *Plast Reconstr Surg* 1977; 60: 457.
- 5.- Bailey IC, Kiryabwire JWM. Traumatic aneurysm of the superficial temporal artery. *Br J Surg* 1973; 60: 530-2.
- 6.- Waitzman AA, Neligan PC, Butany JW. False aneurism of the superficial temporal artery following blunt trauma. *The Canadian Journal of Plastic Surgery* 1994; 4 (2): 179-180.
- 7.- Martin WL, Shoemaker WC. Temporal artery aneurism. *Am J Surg* 1955; 89: 700.
- 8.- Berk ME. Aneurysm of the middle meningeal artery. *BR J Radiol* 1961; 34: 667.
- 9.- Buckspan RJ, Rees RS. Aneurysm of the superficial temporal artery presenting as a parotid mass. *Plast Reconstr Surg* 1986; 78: 515-517.
- 10.- Murphy JG, Mikhail W, Condon KC. Traumatic aneurysm of the superficial temporal artery secondary to hair transplantation. *Ir Med J* 1981; 74: 139.
- 11.- Lee KS, Gower DJ, McWhorter JM. Aneurysm of the superficial temporal artery. *Neurosurgery* 1988; 23: 499-500.
- 12.- Wilson CB. Aneurysms of the superficial temporal artery. *AJR* 1969; 105: 331-333.
- 13.- Myer CM, Donegan JO. Traumatic aneurysms of the proximal superficial temporal artery. *Head Neck Surg* 1982; 5: 181-185.
- 14.- Suzuki Y, Sasaki Y, Shimizu H. Non-pulsatile aneurysm of the superficial temporal artery. *Br J Dermatol* 1999; 140: 781-782.
- 15.- Sánchez F, Delgado F, Ramos M. Pseudoaneurysm of the superficial temporal artery treated by embolization: report of a case. *J Oral Maxillofac Surg* 2000; 58: 819-821.