



Banda carotídea como origen de accidente cerebrovascular

Carotid web as origin of stroke

Jorge Ignacio Magaña Reyes,* Rómulo Armenta Flores,[†]
Carlos Harrison Gómez,[§] Luis Gerardo Domínguez Carrillo[¶]

Citar como: Magaña RJ, Armenta FR, Harrison GC, Domínguez CLG. Banda carotídea como origen de accidente cerebrovascular. Acta Med GA. 2025; 23 (3): 304-305. <https://dx.doi.org/10.35366/119967>

Abstract

A 40-year-old female with left TIA, in which ultrasound and CT angiography were performed, showed an ipsilateral carotid web (CW). Atypical fibromuscular dysplasia of the bulb or CW is a non-atheromatous pathology involved in the appearance of cerebral infarctions of unknown causes. Carotid CW is defined as a shelf-shaped linear filling defect in the posterior aspect of the bulb of the internal carotid artery by angiotomography or ultrasound and is increasingly recognized as a cause of recurrent stroke and/or TIA, usually cryptogenic, but the evidence remains scarce. Treatment with antiplatelet prevents strokes, but radical treatment remains surgical and/or endovascular.

Keywords: carotid web, fibromuscular dysplasia, angiography.

Femenino de 40 años con ataque isquémico transitorio (AIT), en la que se efectuó ultrasonido y angiotomografía que mostraron banda carotídea ipsilateral. La displasia fibromuscular atípica del bulbo o banda carotídea es una patología no ateromatosa implicada en la aparición de infartos cerebrales. La banda carotídea se define como un defecto de llenado lineal en forma de estante en la cara posterior del bulbo de la arteria carótida interna mediante angiotomografía (*Figura 1*) y/o ultrasonido (*Figuras 2 y 3*), se reconoce cada vez más como una causa de accidente cerebrovascular criptogénico y/o AIT recurrente, pero la evidencia sigue siendo escasa. Se observa en ambos géneros, con distribución 2:1 a

favor del femenino y mayor incidencia en personas de color; cuando son bilaterales (60%) presenta mayor longitud en el lado ipsilateral sintomático que en el contralateral (3-4.5 mm vs 1.85-2.9 mm), observando trombos superpuestos hasta en 30% de los casos con banda carotídea sintomática. A pesar de la recurrencia y gravedad de los accidentes cerebrovasculares originados por embolización asociada con banda carotídea, no existen recomendaciones sobre la mejor estrategia para su manejo; el tratamiento con agentes antiplaquetarios previene la aparición de accidentes cerebrovasculares, pero el tratamiento radical sigue siendo quirúrgico y/o endovascular.

* Radiólogo. Radiología e Imagenología. Gestalt Imagen. León, Guanajuato, México.

[†] Cirujano Cardiotorácico. División de Cirugía del Hospital Médica Campestre. León, Guanajuato, México.

[§] Cardiólogo. Catedrático de la Facultad de Medicina de León, Universidad de Guanajuato. León, Guanajuato, México.

[¶] Especialista en Medicina de Rehabilitación. Catedrático de la Facultad de Medicina de León, Universidad de Guanajuato. León, Guanajuato, México. ORCID: 0000-0002-1985-4837

Correspondencia:

Dr. Luis Gerardo Domínguez Carrillo
Correo electrónico: lgdominguez@hotmail.com

Recibido: 22-12-2023. Aceptado: 02-02-2024.

www.medigraphic.com/actamedica



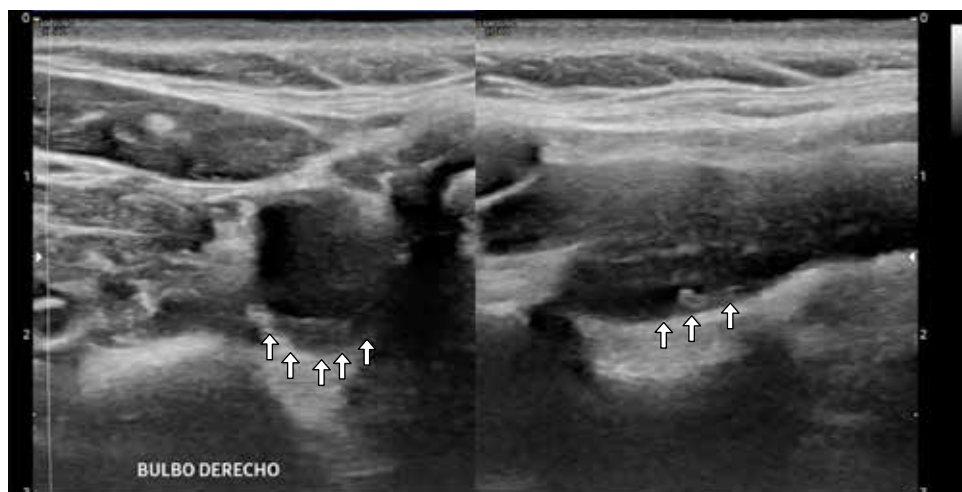
Figura 1:

Imagen por tomografía computarizada 3D y fase arterial que revelaron un defecto de llenado focal, lobulado, intimal, en la pared posterior del bulbo carotídeo.

**Figura 2:**

A) Imagen Doppler color y espectro que demostraron cambios en la dirección del flujo vascular adyacente a la protrusión intimal y de flujo turbulento en ambas direcciones.

B) Imagen por ultrasonido 2D longitudinal que demostró en la pared posterior del bulbo carotídeo derecho una banda isoecogénica intimal que protruye hacia el lumen arterial.

**Figura 3:**

Imágenes por ultrasonido 2D, transversal y longitudinal que demostraron una banda isoecogénica intimal, que protruye hacia el lumen arterial.

