

Caso	(437) Síndrome de Wallenberg. A propósito de un caso.
Autores	Rocío Márquez López, R.caballero López, A. Bravo De Laguna Taboada, M. González Domínguez, P. Servent Sáenz
Centro	Complejo Hospitalario Universitario Materno Insular De Gran Canaria.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 51 años con AP de tabaquismo, HTA y DM que acude al servicio de urgencias por cefaleas, vómitos y síncope. A la EF presentaba nistagmo horizontal, bradilalia y dismetría, hallazgos compatibles con síndrome de Wallenberg.

Se realizó TC de cráneo sin CIV donde se visualizó lesión isquémica subaguda en el territorio de la PICA derecha con una lesión ovalada e hiperdensa en la teórica localización del segmento V4 de la arteria vertebral derecha que tras la administración de CIV se confirmó como un aneurisma parcialmente trombosado. Se realiza RM donde se confirma lesión isquémica subaguda en territorio de la PICA derecha y angiografía donde se visualiza una oclusión de la arteria vertebral derecha en una zona de estenosis crítica del segmento V4 con una dilatación postestenótica (pearl and string sign) con relleno de la PICA ipsilateral por colaterales, hallazgos compatibles con aneurisma disecante parcialmente trombosado de V4. Con el diagnóstico de infarto isquémico en territorio vértebro-basilar secundario a disección de la arteria vertebral se realiza embolización de la arteria vertebral derecha desde el aneurisma disecado hasta el segmento V4 extradural, permaneciendo la PICA permeable por colaterales. La paciente evoluciona favorablemente recibiendo el alta a las 72h asintomática.

DISCUSIÓN

Las disecciones arteriales son una causa poco frecuente de ictus isquémico, sin embargo, representan el 20% de los ictus en pacientes menores de 45 años. Se forman por la acumulación de sangre en un falso lumen a través de una rotura intimal con formación secundaria de un hematoma intramural.

La patogénesis de la disección puede ser traumática (descritos hasta en el 40.5% de los casos), o espontánea, en cuyo caso se han identificado varios factores predisponentes como las enfermedades del tejido conectivo.

La ACI extracraneal, a 2-3 cm distal a su bifurcación, es el segmento más frecuentemente afectado, seguido de los segmentos V1 y V2 de las arterias vertebrales. La disección intracraneal es menos frecuente.

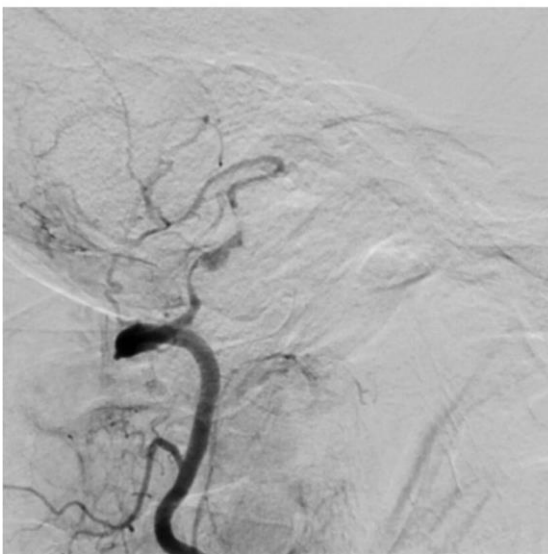
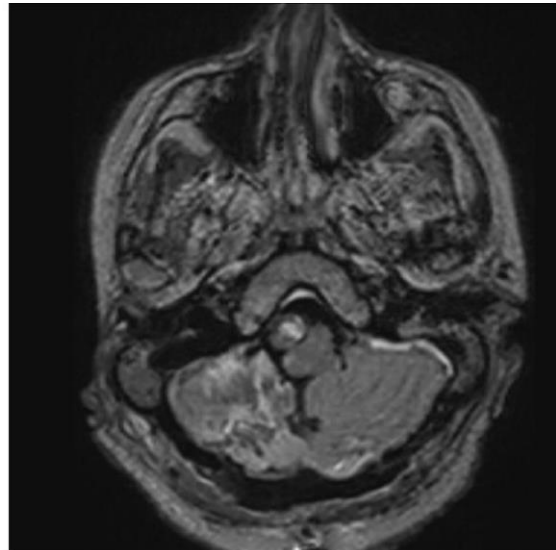
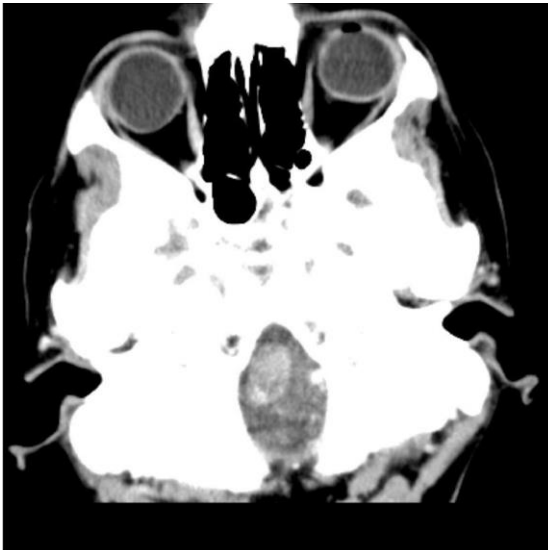
Las manifestaciones clínicas incluyen además de los eventos isquémicos, síntomas locales (cefalea, dolor cervical...) y manifestaciones hemorrágicas, principalmente en forma de HSA.

Las técnicas diagnósticas de elección son la angioRM y angio-Tc mientras que la angiografía ha quedado reservada para el tratamiento endovascular de la enfermedad.

La anticoagulación/antiagregación y el tratamiento endovascular constituyen los pilares del tratamiento y el pronóstico es bueno, con recuperación completa en el 70-85%.

CONCLUSIÓN

Las disecciones arteriales son una causa a tener en cuenta en eventos isquémicos en población joven, principalmente tras traumatismos, y su sospecha con el empleo secundario de técnicas de imagen es fundamental para su tratamiento precoz.



Lesión isquémica subaguda en territorio de irrigación de PICA derecha secundario a aneurisma disecante de V4.

BIBLIOGRAFÍA

Lee Vivien, Robert D, Brown Jr, Jayawant N Mandrekar, Bahram Mokri. Incidence and outcome of cervical artery dissection. A population-based study. *Neurology* 2006; 67: 1809-12.

Smith Wade S. Cervical arterial dissection: causes and treatment. *Stroke Rounds* 2003; (1): Issue2.

Sidney M. Rubinstein, Saskia M. Peerdeman, Maurits W. van Tulder, Ingrid Riphagen, Scott Haldeman. A systematic review of the risk factors for cervical artery dissection. *Stroke* 2005;36:1575-80.

Campos CR, Calderaro M, Scaff M, Conforto AB. Primary headaches and painful spontaneous cervical artery dissection. *J Headache Pain* 2007;8:180-4.