

Caso	(470) Traumatismo craneocervical y disección de arteria vertebral
Autores	Marta Herruzo Rivas, Ana María Carrillo Colmenero, Carmen Martínez Huertas
Centro	Complejo Hospitalario De Jaen

EXPOSICIÓN DEL CASO

Paciente varón de 57 años que acude tras accidente de tráfico y presenta TCE con scalp craneal. Se realiza TAC columna cervical donde se observa fractura del proceso transversal izquierdo de C1, fractura oblicua que afecta a masa lateral izquierda y a arco posterior derecho de C2 y de C3 con afectación de agujero de conjunción izquierdo de ambas.

Se solicita angioTC para descartar lesión de la arteria vertebral izquierda, y se observa una oclusión del segmento V2 de la arteria vertebral izquierda a nivel de C4, con bajo flujo proximal y repermeabilización distal a través de la arteria vertebral derecha. El paciente es tratado conservadoramente con HBPM, collarín cervical y posteriormente intervención con tornillo transpedicular C2 izquierdo, evolucionando adecuadamente.

DISCUSIÓN

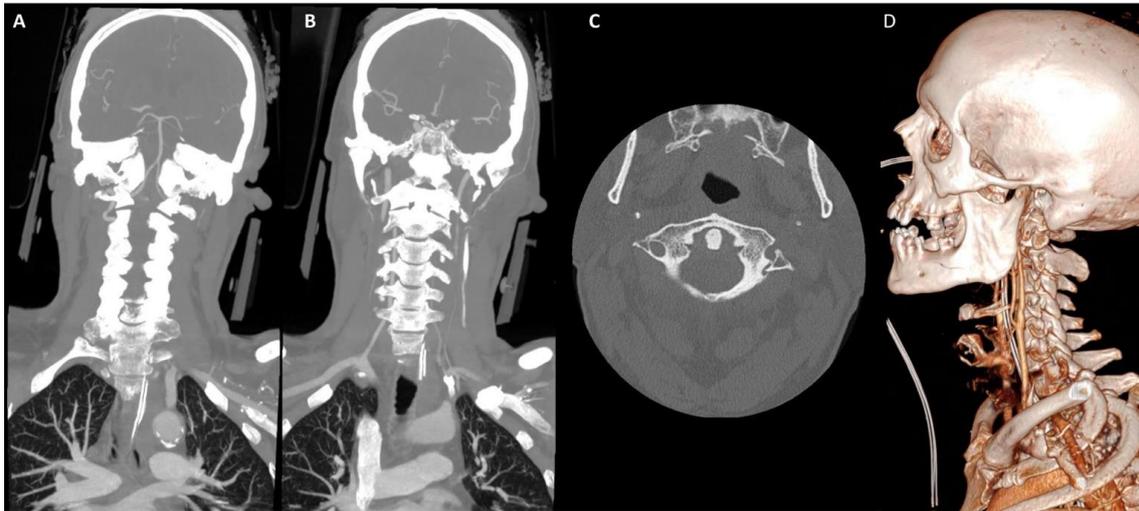
La disección arterial craneocervical es una entidad poco frecuente (5/100.000 habitantes por año), normalmente de origen traumático (secundaria a hiperextensión del cuello o a trauma penetrante). La lesión de la arteria vertebral es menos sintomática que la carotídea, pero más frecuente. El mecanismo que lo produce puede ser por un hematoma intramural secundario a sangrado de los vasa vasorum o desgarro en la íntima que provoque la entrada de sangre entre las distintas capas de la pared arterial. Se produce una disminución del calibre de la arteria que puede llegar a condicionar una obstrucción completa del vaso.

Existe un elevado riesgo de ictus isquémico, que puede ser secundario al desarrollo de trombos en el punto de desgarro arterial (mecanismo tromboembólico) o a la disminución de flujo a través de la arteria estenótica u obstruida (mecanismo hemodinámico). Debido a la gravedad, es importante un diagnóstico precoz ayudado de pruebas de imagen. Para su diagnóstico es útil el angioTAC con proyecciones de máxima intensidad (MIP) y volume rendering (VR), donde es característico encontrar el "signo de la cuerda" que consiste en la disminución progresiva e irregular de la luz de la arteria disecada.

El tratamiento es controvertido. A pesar de la frecuente resolución espontánea (85%) suele realizarse un tratamiento anticoagulante pudiendo asociarse antiagregantes. El tratamiento invasivo se basa en la reconstrucción endovascular mediante la colocación de stent y solo se realiza en casos seleccionados.

CONCLUSIÓN

La disección de la arteria vertebral se asocia con frecuencia a los traumatismos craneocervicales y supone una situación grave que requiere de un diagnóstico precoz, para lo cual el radiólogo desempeña un papel fundamental en su diagnóstico.



A y B: reconstrucción MIP que muestra integridad de la arteria vertebral derecha y ausencia de realce de la vertebral izquierda a la altura de C4. C. Corte axial en ventana ósea de una fractura que afecta al proceso transversal izquierdo de C1. D. Reconstrucción 3D donde se observa ausencia de arteria vertebral izquierda.

BIBLIOGRAFÍA

Dziewas R, Konrad C, Dräger B. Cervical artery dissection: clinical features, risk factors, therapy and outcome in 126 patients J Neurol (2003) 250 : 1179-1184

Rodallec MH, Marteau V, Gerber S. Craniocervical Arterial Dissection: Spectrum of imaging findings and differential diagnosis. RadioGraphics. 2008; 28:1711-1728

Cullacciati A, Arenaza G, Aguirre M. Lesiones traumáticas de arteria vertebral: cuando sospecharlas y como diagnosticarlas. SERAM 2014. <https://epos.myesr.org/poster/esr/seram2014/S-1357/bibliograf%C3%ADa>