

Caso	(669) Disección espontánea de segmento V4 de arteria vertebral derecha.
Autores	Carlos Rubio Sánchez, Lucía Lara Huescar, Patricia Oliveros Ordás, Javier San Miguel Espinosa
Centro	Hospital Universitario Puerta De Hierro Majadahonda

EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 31 años que acude a urgencias por presentar afagia a sólidos y líquidos, parestesias en MMSS, caída del párpado derecho junto con hiperemia conjuntival (Sd. de Horner) y marcha atáxica. Valorado por servicio de neurología ponen en contexto de Sd. de Wallemborg, realizándose TC craneal y angioTC.

Además refiere antecedente de cervicalgia tras realización de ejercicio físico hace dos semanas.

En exploración TC basal no se identifican signos de isquemia precoz supra ni infratentorial.

En estudio angioTC se identifica ausencia de repleción de segmento V4 vertebral derecho (Fig 1), que en reconstrucciones volumétricas presentaofilamiento progresivo (Fig 2). No se definía en estudio basal área de hiperdensidad arterial, ni aumento del calibre vascular con respecto al lado contralateral. Estos hallazgos se pusieron en relación con disección vertebral de V4.

Se realiza estudio RM craneal 6 días después, durante el ingreso, destacando la presencia de lesiones con hiperseñal en T2 y restricción a la difusión en región latero-bulbar derecha y margen posterior de amígdala cerebelosa ipsilateral, compatible con infarto agudo (Fig 3). En secuencias angiográficas (TOF) presenta ausencia de flujo en arteria vertebral derecha (Fig 4), asociando tenue hiperintensidad de señal en difusión (Fig 3), sugestivo de trombosis/disección.

DISCUSIÓN

La disección de arterias cráneo-cervicales afecta mayormente a población de mediana edad, con importante impacto funcional potencial.

Afecta principalmente a las porciones extracraneales de los TSA, fundamentalmente a la arteria carótida interna (ACI) y segmentos V2 y V3 de arteria vertebral. En caso de situarse en territorio posterior no es infrecuente la extensión hacia el segmento intracraneal (V4).

Su presentación clínica, poco específica, y baja incidencia (5/100.000) hace que tengamos que tener un importante grado de sospecha para diagnosticarla.

Su etiología puede ser traumática o espontánea (asociándose frecuentemente a traumatismos menores, como en nuestro caso). La oclusión completa puede condicionar aparición de isquemia cerebral, con distintas manifestaciones en función del territorio.

En nuestro caso la sospecha de Sd. de Wallemborg (implicación de la PICA, rama de V4) junto con el antecedente de cervicalgia, sugerían episodio isquémico en territorio posterior.

En contexto urgente su diagnóstico suele realizarse mediante TC basal y angioTC.

La disección intimo-medial condiciona la entrada de sangre a la pared, con la formación de un hematoma parietal (hiperdenso en TC basal) o visualización del flap intimo-medial (menos frecuente).

Otros hallazgos serían el engrosamiento vascular, y en estudio angioTC la presencia de defecto de repleción/estenosis filiforme con disposición excéntrica de la luz. En nuestro caso dado el tiempo de evolución y la menor sensibilidad diagnóstica para territorio posterior no se identificaba otros signos de disección más allá de la presencia del defecto de repleción con afilamiento progresivo en V4, que junto con la historia clínica sugería la presencia de disección arterial.

El estudio RM se identificaron zonas de isquemia aguda en territorio dependiente de la PICA, con aparición lesiones en región latero-bulbar y amígdala cerebelosa. La presencia de restricción a la difusión a lo largo de la porción V4 de la arteria vertebral, comportamiento que puede presentar tanto la trombosis como el hematoma, apoyaba el diagnóstico.

CONCLUSIÓN

La disección de arterias cráneo-cervicales es una entidad poco prevalente, que se da fundamentalmente en población de mediana edad, con potencial impacto funcional.

Presenta unos signos específicos por imagen en estudio TC y angioTC (más disponibles en contexto urgente) como son: la presencia de hematoma mural (semiluna), aumento del calibre vascular, visualización del flap intimo-medial y defecto de repleción o estenosis excéntrica de la luz en estudio angiográfico, que nos permitirán llegar al correcto diagnóstico de esta entidad.

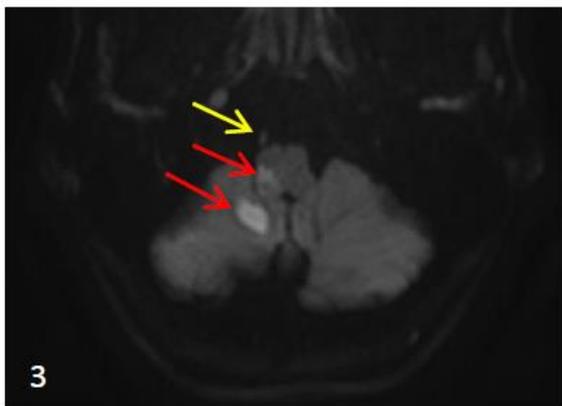
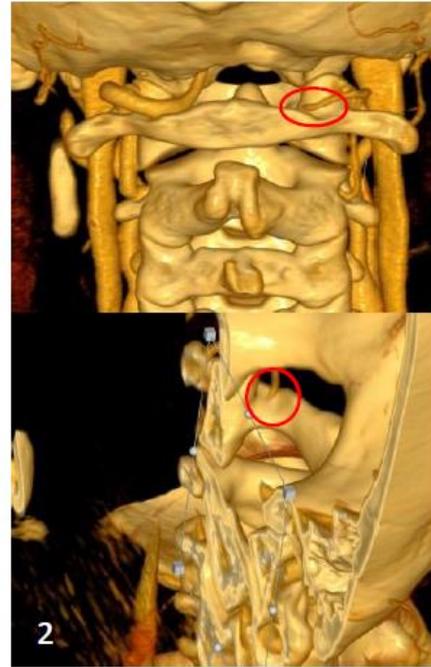
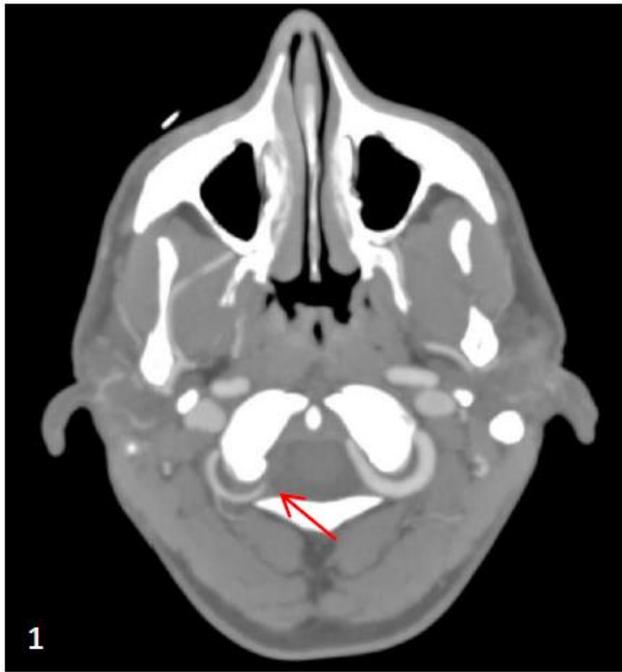


Fig. 1. AngioTC con reconstrucción MIP de estudio angiográfico identificando el defeco de repleción en porción proximal de segmento V4 de la arteria vertebral derecha (flecha roja). Fig. 2. AngioTC con reconstrucción volumétrica VRT donde se visualiza: - En la imagen superior, visión posterior de las arterias vertebrales, señalando con círculo rojo la transición V3-V4 de la arteria vertebral derecha, con ausencia de repleción distal. - En la imagen inferior, visión desde margen lateral izquierdo, donde se señala con círculo rojo la zona de afilamiento progresivo del segmento V4 de la arteria vertebral derecha. Fig. 3. Estudio de difusión en RM, señalando con flechas rojas los focos de restricción a la difusión sugestivos de zonas de isquemia aguda latero bulbar y margen posterior de amígdala cerebelosa derechas. Con flecha amarilla se señala la zona focal de restricción a la difusión en segmento V4 de arteria vertebral derecha, compatible con hematoma/trombo mural. Fig. 4. Secuencia TOF de RM, con reconstrucción volumétrica en la que se objetiva la ausencia de repleción del segmento intracraneal de la arteria vertebral derecha.

BIBLIOGRAFÍA

Mathieu H. Rodallec, MD. Véronique Marteau, MD. Sophie Gerber, MD

Loïc Desmottes, MD. Marc Zins, MD. Craniocervical Arterial Dissection: Spectrum of Imaging Findings and Differential Diagnosis. *Radiographics*. 2008; 28:1711-1728. <https://doi.org/10.1148/rg.286085512>

Ankur Chandra, Ahmed Suliman, and Niren Angle, San Diego, CA. Spontaneous Dissection of the Carotid and Vertebral Arteries: the 10-year UCSD Experience. *Annals of vascular surgery*. 2007; 21: 178-185. DOI: 10.1016/j.avsg.2006.10.020

Sven Mutze, Grit Rademacher, Gerrit Matthes, Norbert Hosten, Dirk Stengel. Blunt Cerebrovascular Injury in Patients with Blunt Multiple Trauma: Diagnostic Accuracy of Duplex Doppler US and Early CT Angiography. *Radiology*. 2005; 237:884-892. DOI: 10.1148/radiol.2373042189