

Aneurisma disecante vértebrobasilar

Aunque en el [aneurisma disecante](#) es discutida la verdadera relación entre la disección arterial y estos aneurismas, su asociación ha hecho que aumente el interés de la descripción de estos casos.

Epidemiología

Son más frecuentes en el [sistema vertebrobasilar](#) que en el carotídeo.

El [aneurisma disecante de PICA](#) es excepcional.

Etiología

Espontánea

Traumática

Clínica

[Cefalea](#) ipsilateral (75% de los casos): holo o hemicraneana, constante o pulsátil, irradiada cuello y mandíbula.

Síntomas de [isquemia cerebral](#) (70%): pueden ser crisis isquémicas transitorias o accidentes vasculares cerebrales, presentándose como amaurosis fugax, síntomas motores o sensitivos, afasias o déficits del campo visual.-

[Síndrome de Horner](#) ipsilateral (9-75%): con miosis, ptosis palpebral, hundimiento ocular y ausencia de sudoración en la frente.

- Compresión de pares craneales: (por orden de frecuencia) XII,IX,XI,V,VII,VI y III.

- Otros: asintomática, síncope, edema cervical, [disgeusia](#), soplo subjetivo.

Como [hemorragia subaracnoidea](#) ¹⁾

Diagnóstico

La tomografía computerizada (TC) craneal y la resonancia magnética (RM) cerebral son útiles para descartar otras causas de déficit neurológico ictal.

La RM puede ponernos sobre la pista de una disección (imagen de doble luz arterial).

La confirmación se realiza por arteriografía (angioRM o arteriografía digital selectiva) y de forma indirecta.

La angio RM puede ser mas útil que la angiografía pues permite visualizar la hemorragia intramural

en la pared arterial.

Tratamiento

Anticoagulación

En pacientes con síntomas de isquemia encefálica aguda o evidencias de embolias intracraneales hasta que la disección se haya resuelto o el vaso quede completamente ocluido.

Para ello el tratamiento se prolonga hasta 6 meses o incluso un año, empleando el doppler de troncos supraaórticos y la angioRM para decidir la duración del tratamiento.

La utilidad de los antiagregantes plaquetarios no ha sido demostrada, empleándose en caso de que este contraindicada la anticoagulación como en el caso de infartos cerebrales de gran extensión.

Tratamiento endovascular

Limitado a aneurisma disecante expansivo, recurrencia de los síntomas a pesar de la anticoagulación y hemorragia subaracnoidea ya que en este último caso el porcentaje de resangrado llega hasta el 30%, asociado con una alta tasa de mortalidad ^{2) 3)}.

Debido a que el abordaje quirúrgico se asocia con una alta incidencia de complicaciones, se prefiere el tratamiento endovascular ^{4) 5) 6) 7)}.

La oclusión proximal de la arteria madre y la embolización del segmento diseccionado utilizando coils de Guglielmi (GDC) ha demostrado ser un método óptimo ⁸⁾.

El diversificador de flujo, como el Pipeline y stents de seda así como los coils micro-tornado® pueden aportar mejoras ⁹⁾.

Cirugía

El proceder microquirúrgico más utilizado y con más bajo índice de complicaciones es el clipaje del vaso madre.

Siempre que sea posible, un bypass EC-IC podría contribuir a disminuir la morbilidad isquémica asociada a estos aneurismas ¹⁰⁾.

Pronóstico

La forma clínica hemorrágica tiene elevada incidencia de resangrado y de mortalidad.

Bibliografía

- ¹⁾
Mizutani T, Aruga T, Kirino T, Miki Y, Saito I, Tsuchida T. Recurrent subarachnoid hemorrhage from

untreated ruptured vertebrobasilar dissecting aneurysms. Neurosurgery. 1995 May;36(5):905-11; discussion 912-3.

2)

Aoki N, Sakai T. Rebleeding from intracranial dissecting aneurysm in the vertebral artery. Stroke. 1990 Nov;21 (11):1628-31.

3)

Wakhloo AK, Lanzino G, Lieber BB, Hopkins LN. Stents for intracranial aneurysms: the beginning of a new endovascular era? Neurosurgery. 1998 Aug;43(2):377-9.

4)

Jin SC, Kwon DH, Choi CG, Ahn JS, Kwun BD. Endovascular strategies for vertebrobasilar dissecting aneurysms. AJNR Am J Neuroradiol. 2009 Sep;30(8):1518-23

5)

.Rabinov JD, Hellinger FR, Morris PP, Ogilvy CS, Putman CM. Endovascular management of vertebrobasilar dissecting aneurysms. AJNR Am J Neuroradiol. 2003 Aug;24(7) :1421-8.

6)

Sugiu K, Tokunaga K, Watanabe K, Sasahara W, Ono S, Tamiya T, et al. Emergent endovascular treatment of ruptured vertebral artery dissecting aneurysms. Neuroradiology. 2005 Feb;47(2):158-64.

7)

Yoon, Won Ki, Young Woo Kim, Seong-Rim Kim, Ik Seong Park, Sang Don Kim, Kwang Wook Jo, y Min Woo Baik. 2010. Angiographic and clinical outcomes of stent-alone treatment for spontaneous vertebrobasilar dissecting aneurysm. Acta Neurochirurgica (Mayo 28).

doi:10.1007/s00701-010-0693-7. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20508955>.

8)

Ihn YK, Sung JH, Byun JH. Antegrade recanalization of parent artery after internal trapping of ruptured vertebral artery dissecting aneurysm. J Korean Neurosurg Soc. 2012 May;51(5):301-4

9)

Kim MS. Endovascular Coil Trapping of a Ruptured Dissecting Aneurysm of the Vertebral Artery Using Detachable Coils and Micro-Tornado® Coils. J Cerebrovasc Endovasc Neurosurg. 2013 Jun;15(2):96-101. Epub 2013 Jun 28. PubMed PMID: 23844353.

10)

Peron, Stefano, Luis Jimenez-Roldán, Marta Cicuendez, Jose María Millán, Jose Ramón Ricoy, Ramiro D Lobato, Rafael Alday, José F Alén, y Alfonso Lagares. 2010. Ruptured dissecting cerebral aneurysms in young people: report of three cases. Acta Neurochirurgica (Mayo 20).

doi:10.1007/s00701-010-0688-4. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20490577>.

From:

<http://www.neurocirugiacontemporanea.com/> - Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661

Permanent link:

http://www.neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=aneurisma_disecante_vertebrobasilar

Last update: 2019/09/26 22:26

