

| | |
|----------------|--|
| Nombre: | Ana |
| Apellido: | Barceló Cárceles |
| Otros Autores: | Amalia García Chiclano, Isabel González Moreno, María Jesús Gayán Belmonte, Carmen Botía González, Elizabeth Cruces Fuentes, Ana Blanco Barrio |
| E-mail: | anabarcelo_18@hotmail.com |
| Hospital: | Hospital Universitario J.M. Morales Meseguer |
| Ciudad: | Murcia |
| Título: | DISFAGIA E INESTABILIDAD DE LA MARCHA TRAS SOBRESFUERZO CERVICAL |
| Presentación: | Varón de 52 años que acude a Urgencias de madrugada por disfagia e inestabilidad de la marcha. Sin antecedentes personales de interés. Esa tarde jugando a los bolos realiza un movimiento brusco, seguido de dolor cervical. A las 4 a.m. comienza con náuseas, mareo, y poco después con disfagia e inestabilidad de la marcha. Acude a Urgencias donde se realiza Tc craneal simple que muestra hiperdensidad de un segmento intracraneal de la arteria vertebral izquierda (signo de la cuerda), sin alteraciones en la densidad del parénquima. Se activa código ictus realizándose angio-TC de TSA y TC-perfusión cerebral que objetivan infarto isquémico hiperagudo cerebeloso izquierdo y en región pontina y bulbar izquierdas, con signos de disección trombosada de la arteria vertebral izquierda en segmentos V2-V3, con reperfusión en V4. Se procedió a trombectomía mecánica. |
| Discusión : | Diagnóstico: Disección trombosada de la arteria vertebral izquierda. El 20% de los ictus isquémicos compromete la circulación vertebrobasilar. Las causas más comunes de isquemia vertebrobasilar son el embolismo, la aterosclerosis y la disección arterial. Los mecanismos que más se asocian a disección traumática de las arterias vertebrales son: hiperextensión, hiperflexión, dislocación facetaria y fracturas de columna cervical. El síntoma cardinal es el dolor, sobre todo en la región posterior del cuello o el occipucio, con irradiación al hombro. También sufren cefalea occipital. En muchos casos existe un período asintomático de 10 a 72 horas tras el traumatismo que puede retrasar el diagnóstico. Las disecciones en esa arteria pueden producir isquemia medular, cerebelosa y pontina, y pueden provocar hemorragia subaracnoidea. |
| Conclusión: | Las lesiones traumáticas de la arteria vertebral están asociadas tanto a traumatismos cervicales como a mecanismos de hiperextensión e hiperflexión. Es fundamental un diagnóstico radiológico precoz basado en una alta sospecha clínica para un correcto manejo de esta entidad que permita evitar sus posibles secuelas. |
| Bibliografía: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kim YK, Schulman S. Cervical artery dissection: pathology, epidemiology and management. <i>Thromb Res.</i> 2009; 123(6):810–21. 2. Mueller CA, Peters I, Podlogar M, Kovacs A, Urbach H, Schaller K, Schramm J, Kral T. Vertebral artery injuries following cervical spine trauma: a prospective observational study. <i>Eur Spine J.</i> 2011; 20:2202–9. 3. Silbert PL, Mokri B, Schievink WI. Headache and neck pain in spontaneous internal carotid and vertebral artery dissections. <i>Neurology</i> 1995; 45 (8):1517-22. |
| Pie de foto: | Fig.1: Hiperdensidad de un segmento intracraneal de la arteria vertebral izquierda (signo de la cuerda).Fig.2: Asimetría de las arterias vertebrales. La luz permeable de la izquierda es de menor calibre que la derecha, con engrosamiento mural y menor |

| | |
|--|---|
| | <p>atenuación que la contralateral. En V3 había oclusión completa: signos de disección trombosada en V2-V3. Fig.3: Infarto cerebeloso izquierdo pese a trombectomía mecánica. Durante la misma, se había producido una migración de fragmentos a ramas intracraneales (ambas cerebelosas superiores y ACP izquierda).</p> |
|--|---|