



## 20330 - MANEJO QUIRÚRGICO DE INSUFICIENCIA VERTEBROBASILAR MEDIANTE BYPASS DE ARTERIA OCCIPITAL A ARTERIA CEREBELOSA POSTEROINFERIOR: A PROPÓSITO DE UN CASO

Hernández Fernández, F.<sup>1</sup>; Parrilla Reverter, G.<sup>2</sup>; Sánchez, L.<sup>1</sup>; Ocaña, B.<sup>1</sup>; Torres López, L.<sup>1</sup>; Serrano, B.<sup>1</sup>; Payá, M.<sup>1</sup>; García, J.<sup>1</sup>; Segura, T.<sup>1</sup>; Alcahut, C.<sup>1</sup>; Ayo, Ó.<sup>1</sup>; Molina, J.<sup>3</sup>; Cuartero Pérez, B.<sup>4</sup>; Ros de San Pedro, J.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; <sup>3</sup>Servicio de Radiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; <sup>4</sup>Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

### Resumen

**Objetivos:** Existen diferentes técnicas de revascularización quirúrgica que pueden ser útiles en lesiones esteno-occlusivas de V4 y difícil manejo médico y/o endovascular.

**Material y métodos:** Caso clínico de insuficiencia vertebrobasilar por arterioesclerosis avanzada, refractario a tratamiento médico, que requirió tratamiento quirúrgico.

**Resultados:** Varón de 38 años, fumador, HTA, DM2 mal controladas, con cuadro subagudo de vértigo, hipoestesia hemifacial derecha y hemicorporal izquierda, ataxia, hipoacusia súbita OD y afagia. La RMN mostró lesiones isquémicas de AICA-D, pedúnculos cerebrales y tálamos ventromediales. La angiografía mostró oclusión completa de ambos segmentos V4 que implicaban el origen de las PICAs y compensación precaria desde anastomosis veredianas PICA-ACS-I y AcomPs. Durante el ingreso desarrolló continuos síncopes ortostáticos que asociaban tetraplejia, anartria y midriasis bilateral, por lo que se indicó encamamiento permanente. Una PET-TAC demostró hipoperfusión/hipometabolismo extremo de fosa posterior. Se decidió revascularización mediante craneotomía retrosigmoidea extremolateral con bypass desde arteria occipital derecha a PICA-AICA-D (OA-p4). La arteriografía posterior demostró permeabilidad del bypass con recuperación de flujo anterogrado del tronco basilar. Como complicaciones presentó necrosis cutánea que necesitó un injerto pediculado y, tras 4 semanas, un nuevo evento ortostático, constatando oclusión del bypass y aparición de pequeñas ramas colaterales alrededor de la PICA-D. Una PET-TAC posterior mostró mejoría del metabolismo cerebeloso bilateral. Durante el seguimiento (6 meses) no presentó síntomas adicionales, con autonomía completa (mRS = 2).

**Conclusión:** Está descrito un balance recíproco entre el flujo de un bypass directo y las ramas colaterales indirectas generadas por la durotomía-miosinangiosis, por lo que puede suceder una reoclusión del bypass directo y cursar de forma asintomática.