



Neurology perspectives



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

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

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

Resumen

Objetivos: Existen diferentes técnicas de revascularización quirúrgica que pueden ser útiles en lesiones esteno-oclusivas 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 vermianas PICA-ACS-I y AcomPs. Durante el ingreso desarrolló continuos síncope ortostáticos que asociaban tetraplejía, 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 anterógrado 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.