



22904 - INFARTO AGUDO DE AMBAS ARTERIAS CEREBRALES ANTERIORES (ACA): CUANDO LOS LÓBULOS FRONTALES NOS ENGAÑAN

Pallarés Santos, V.; Hernández García, M.; Padilla León, D.; Dupuy Oria, P.; Bartolomé Yumar, A.; Owrang Calvo, I.; del Águila Romero, S.; Millet Oval, M.; Fregel Frías, S.; Madrid Pérez, C.; Rojo Aladro, J.

Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.

Resumen

Objetivos: Los infartos aislados en territorio de la ACA suponen el 1,8% de todos los ictus isquémicos, siendo aún menos frecuente la afectación bilateral y simultánea.

Material y métodos: Revisamos la prevalencia de ictus isquémico agudo con afectación exclusiva del territorio de ambas ACA entre 2018-2023, así como su forma de presentación y evolución.

Resultados: Dos de 1603 pacientes presentaron lesiones isquémicas agudas en ambas ACA. Paciente A: varón de 87 años que ingresa por sospecha de mielopatía con paraparesia subaguda y reflejos de liberación frontal. La RMNc muestra lesiones isquémicas agudas de distribución cortical y centros semiovales en ambas regiones frontoparietales y vertiente lateral derecha de la rodilla del cuerpo calloso. En las siguientes 72 horas, evoluciona a tetraplejia, mutismo y desviación oculocefálica. Una RMN con aumento del área del infarto, mostrando ausencia de flujo desde A1 de ACA derecha y flujo filiforme de ACA izquierda. Mala evolución clínica. Paciente B: varón de 65 años. Ingresa por sospecha de ictus en territorio V-B con trastorno de la marcha y síndrome apato-abúlico. Una RMNc muestra lesiones isquémicas agudas bifrontales y en cuerpo calloso, con flujo filiforme de ambas ACA y oclusión en segmento A2 izquierdo. Clínicamente muestra una mejoría progresiva.

Conclusión: En nuestra muestra, el infarto bilateral de ACA es una entidad muy poco frecuente (0,12%). Su diagnóstico clínico es complejo ya que puede imitar afectación de otros niveles del sistema nervioso, como medular, troncoencefálica o radicular.