



Sociedad Neurológica Argentina
Filial de la Federación Mundial
de Neurología

Neurología Argentina

www.elsevier.es/neurolarg

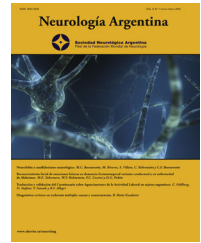


Imagen del mes

Infarto frontal bilateral en paciente con hipoplasia de la arteria cerebral anterior secundario a embolia carotídea



Bilateral frontal stroke in a patient with anterior cerebral artery hypoplasia due to carotid embolism

Facundo Silveira*, Pablo Sosa, Florencia Teves Echazú, Cindy Tatiana Potes Rojas, Pedro Ernesto Colla Machado y María Cristina Zurru

Servicio de Neurología, Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

Introducción

El accidente cerebrovascular (ACV) isquémico bilateral del territorio de la arteria cerebral anterior (ACA) es infrecuente, y suele asociarse a variantes anatómicas de la vasculatura cerebral, entre ellas la hipoplasia/agenesia del segmento A1. Dicha lesión puede expresarse con trastornos motores y del comportamiento.

Caso clínico

Paciente varón de 61 años que ingresó por paresia crural bilateral. La angiotomografía cerebral mostró una hipoplasia del segmento A1 derecho, y continuidad de ambos segmentos A2 con el segmento A1 izquierdo, siendo el segmento A2 derecho de mayor calibre. La angiotomografía cervical demostró, en el bulbo carotídeo izquierdo, una placa fibrosa ulcerada con una estenosis del 60% (fig. 1). Se realizó un electrocardiograma que resultó normal y un ecocardiograma transtorácico que no demostró fuente embolígena. A las 72 h evolucionó con abulia, apatía, mutismo y ausencia de actividad motora espontánea

y evocada. Una RM cerebral evidenció lesiones isquémicas en territorio de ambas ACA, más notable a derecha (fig. 2). El cuadro se interpretó como mutismo acinético secundario a una embolia arterial a punto de partida de la placa carotídea, y que la misma generó isquemia bilateral por la variante anatómica vascular cerebral descrita.

Comentarios

El infarto del territorio de la ACA representa el 1-4% de los ACV, y es aún menos frecuente su compromiso bilateral, debido a la circulación colateral provista por la arteria comunicante anterior¹. Solo el 42-50% de la población presenta el polígono de Willis, como se lo ha descrito tradicionalmente. La variación anatómica más frecuente asociada al infarto frontal medial bilateral es la aplasia y/o hipoplasia unilateral del segmento A1, cuya prevalencia se estima entre un 1-6% y un 1-13%, respectivamente^{2,3}. El compromiso frontal bilateral puede producir un espectro clínico que incluye trastornos conductuales, abulia, apatía, y cuyo extremo es el mutismo acinético⁴. En este paciente, la manifestación conductual apareció cuando aumentó la carga lesional frontal bilateral.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: facundo.silveira@hospitalitaliano.org.ar (F. Silveira).
<http://dx.doi.org/10.1016/j.neuarg.2016.06.001>

1853-0028/© 2016 Sociedad Neurológica Argentina. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.



Figura 1 – Angiotomografía de vasos intra y extracraneales: A, C) Hipoplasia severa del segmento A1 derecho (flecha hueca); terminación abrupta del segmento A2 derecho (asterisco). B) Placa ulcerada en bulbo carotídeo izquierdo (flecha gruesa). D) Lesión ulcerosa en sacabocado (flecha fina).

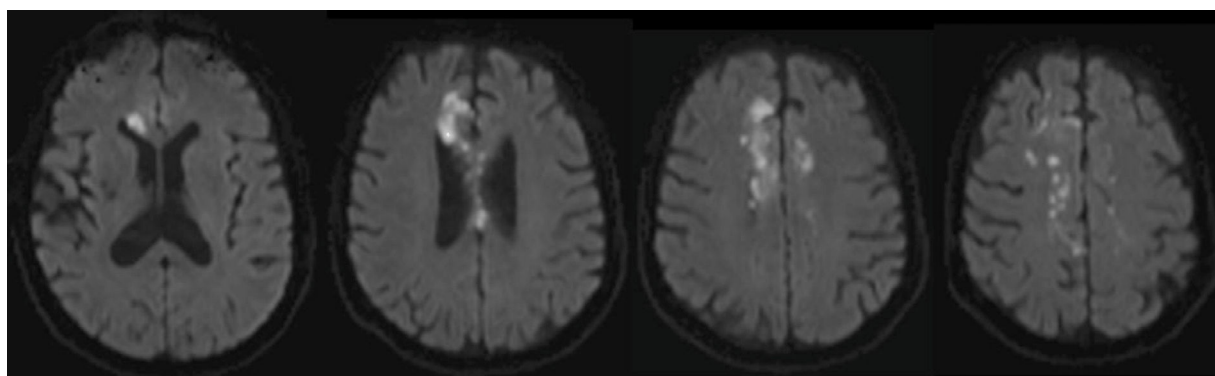


Figura 2 – Difusión cerebral por resonancia magnética.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gacs G, Fox AJ, Barnett HJM, Vinuela F. Occurrence and mechanisms of occlusion of the anterior cerebral artery. *Stroke*. 1983;14:952–9.
2. Dimmick SJ, Faulder KC. Normal variants of the cerebral circulation at multidetector CT angiography. *Radiographics*. 2009;29:1027–43.
3. Shaban A, Albright K, Gouse B, George A, Monlezun D, Boehme A, et al. The impact of absent A1 segment on ischemic stroke characteristics and outcomes. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2015;24:171–5.
4. Freemon FR. Akinetic mutism and bilateral anterior cerebral artery occlusion. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1971;34:693–8.