

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR CON SUSTANCIAS EMBOLIZANTES DE UN ANEURISMA DISECANTE DE ARTERIA CEREBELOSA POSTEROINFERIOR ROTO

López-Casaperalta Gerson E. ¹, Macha-Quillama Luis F ² y Solís-Chucos Frank G. ²

¹ Hospital Militar Central Luis Arias Schreiber

² Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas

INTRODUCCIÓN:

Los aneurismas de la arteria cerebelosa posteroinferior (PICA) son poco habituales, con una frecuencia entre 0,5 – 3 % de todos los aneurismas cerebrales. La presentación disecante es inclusive más rara y los aneurismas de los segmentos más distales son aún menos frecuentes, siendo pocos los casos reportados. Menos frecuente es incluso el reporte de tratamiento de aneurismas con sustancias embolizantes.

OBJETIVOS:

Presentar el caso de un aneurisma de la PICA tratado con terapia endovascular y con sustancias embolizantes, destacando lo innovador de la técnica y los buenos resultados obtenidos.

PRESENTACIÓN DE CASO:

Se presenta el caso de una mujer de 46 años que ingresa por presentar hemorragia intraventricular con estudios angiográficos iniciales negativos para lesión vascular cerebral. En el control angiográfico a los 2 meses del evento, se evidenció un aneurisma del segmento amigdalomedular (P3) de la arteria cerebelosa posteroinferior derecha asociado a una fístula arteriovenosa.

METODOLOGÍA:

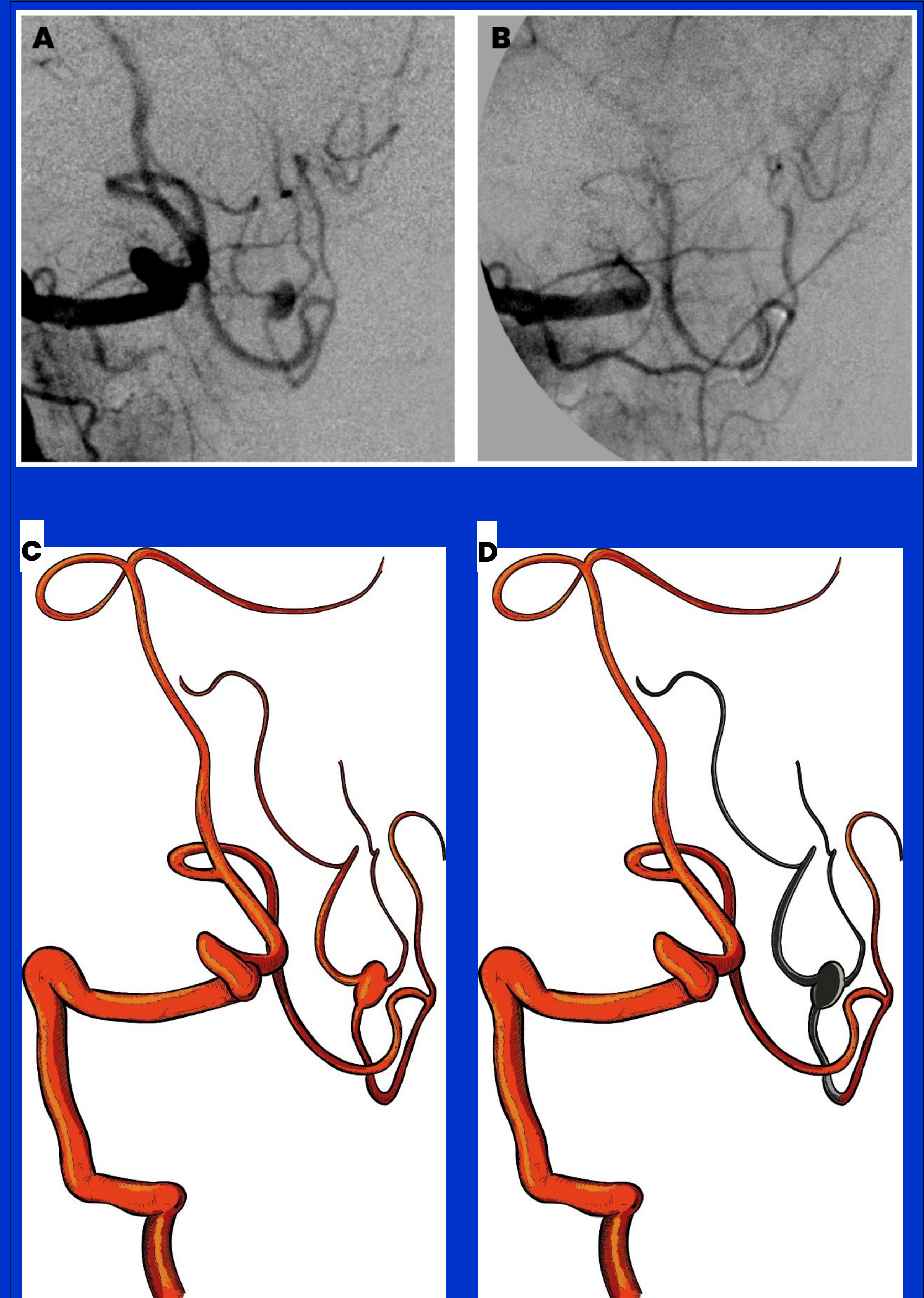
El presente estudio es un reporte de caso, tras la firma del consentimiento informado, se obtuvo datos de la historia clínica, así como también imágenes de panangiografía, embolización e ilustraciones esquemáticas realizadas por el autor.

RESULTADO/DISCUSIÓN:

Por lo estudios realizados, se determinó que el aneurisma se encontraba en el asa caudal de la PICA derecha, en una rama dependiente del segmento amigdalomedular (p3). La localización de la lesión es de suma importancia para definir la conducta a seguir. En los segmentos distales de la PICA existen pocos o nulos vasos que irrigen al tronco encefálico. Además, al no encontrarse el aneurisma en el tronco principal sino en un vaso anómalo colateral relacionado con una fístula arteriovenosa, se decidió obliterar por completo dicho vaso. Se logró la curación total de la lesión con integridad neurológica postoperatoria, demostrando que conociendo la anatomía y realizando un buen planeamiento se pueden obtener resultados excelentes utilizando técnicas innovadoras.

CONCLUSIONES:

- El uso de sustancias embolizantes generalmente se ve asociado al tratamiento de malformaciones arteriovenosas cerebrales o fístulas arteriovenosas, siendo novedoso su uso para el tratamiento de aneurismas.
- En aneurismas de segmentos distales de la PICA se puede considerar la embolización de la misma, en este caso se mantuvo la permeabilidad del tronco principal al tratarse de una rama colateral patológica.



A) Vista contraoblicua en panangiografía selectiva en la que se evidencia lesión aneurismática de rama dependiente de p3. B) Vista contraoblicua en panangiografía control en la que se evidencia curación total de la lesión y patencia de PICA distal C) Representación artística de la lesión aneurismática en el segmento amigdalomedular de la PICA derecha, basado en la vista contraoblicua de la panangiografía cerebral. Se evidencia que el aneurisma no se encuentra en el tronco principal, sino que nace de un vaso anómalo dependiente del tercer segmento. D) La misma lesión luego de la embolización con Squid 12

BIBLIOGRAFÍA:

1. Hudgins RJ, Day AL, Quisling RG, Rhoton AL, Sybert GW, Garcia-Bengochea F. Aneurysms of the posterior inferior cerebellar artery: A clinical and anatomical analysis. J Neurosurg [Internet]. 1983;58(3):381-7. DOI: 10.3171/jns.1983.58.3.0381.
2. Schwartz HG. Arterial aneurysm of the posterior Fossa. J Neurosurg [Internet]. 1948;5(3):312-6. DOI: 10.3171/jns.1948.5.3.0312.
3. Dinichert, A., Rüfenacht, D. A., & De Tribolet, N. (2000). Dissecting aneurysms of the posterior inferior cerebellar artery: report of four cases and review of the literature. Journal Of Clinical Neuroscience, 7(6), 515-520. DOI: 10.1054/jocn.2000.0757.
4. Nussbaum, E. S., Madison, M. T., Myers, M. E., Goddard, J. K., & Janjua, T. (2008). Dissecting aneurysms of the posterior inferior cerebellar artery: retrospective evaluation of management and extended follow-up review in 6 patients. Journal Of Neurosurgery, 109(1), 23-27. DOI: 10.3171/jns.2008.109.7.0023.
5. Rodríguez-Hernández A, Lawton MT. Anatomical triangles defining surgical routes to posterior inferior cerebellar artery aneurysms: Clinical article. J Neurosurg [Internet]. 2011;114(4):1088-94. DOI: 10.3171/2010.8.jns10759.
6. Lewis SJ, Chang D, Peace D, Lafrentz PJ, Day AL. Distal posterior inferior cerebellar artery aneurysms: clinical features and management. Journal of Neurosurgery, 2002 Oct 1;97(4):756-66. DOI: 10.3171/jns.2002.97.4.0756.
7. Srinivasan VM, Ghali MGZ, Reznik OE, Cherian J, Mokin M, Dumont TM, et al. Flow diversion for the treatment of posterior inferior cerebellar artery aneurysms: a novel classification and strategies. J Neurointerv Surg [Internet]. 2018;10(7):663-8. DOI: 10.1136/neurintsurg-2017-013427.
8. Agid, R., Andersson, T., Almqvist, H., Willinsky, R. A., Lee, S. K., terBrugge, K. G., Farb, R., & Söderman, M. (2009). Negative CT Angiography Findings in Patients with Spontaneous Subarachnoid Hemorrhage: When Is Digital Subtraction Angiography Still Needed? American Journal Of Neuroradiology, 31(4), 696-705. DOI: 10.3174/ajnr.a1884.
9. DeBette S, Compter A, Labeyrie M-A, Uyttenboogaart M, Metso TM, Majersik JJ, et al. Epidemiology, pathophysiology, diagnosis, and management of intracranial artery dissection. Lancet Neurol [Internet]. 2015;14(6):640-54. DOI: 10.1016/S1474-4422(15)00009-5.
10. Pop R, Mertz L, Ilyes A, Mihoc D, Richter JS, Manisor M, et al. Beam hardening artifacts of liquid embolic agents: comparison between Squid and Onyx. J Neurointerv Surg [Internet]. 2019;11(7):706-9. DOI: 10.1136/neurintsurg-2018-014542.