

# DISECCIÓN TRIPLE Y PROGRESIVA DE LAS ARTERIAS CERVICALES ASOCIADA A INFECCIÓN DEL TRACTO RESPIRATORIO SUPERIOR

Iago García Díaz<sup>1/</sup> Emilio Rodríguez-Castro<sup>1/</sup> Álvaro Juiz Fernández<sup>1/</sup> Alejandro Rivero de Aguilar<sup>1/</sup> Ivan Manuel Seijo Raposo<sup>1/</sup> Antonio Mosqueira Martínez<sup>2/</sup> Iria López-Dequid<sup>1/</sup> /María Santamaría Cadavid<sup>1/</sup> Susana Arias Vilas<sup>1/</sup> Manuel Rodríguez Yañez<sup>1</sup>

Servicio de Neurología<sup>1</sup>, Servicio de Neurorradiología<sup>2</sup>, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

## INTRODUCCIÓN

La fisiopatología de las disecciones arteriales cervicales (AC) es desconocida. Se ha postulado que, además de los traumatismos, determinados factores ambientales como las infecciones podrían actuar como precipitantes. Hasta en un 15% la afectación es múltiple y simultánea de varias AC.

## CASO CLÍNICO

Una mujer de 45 años consulta en Urgencias por ptosis palpebral y miosis izquierdas asociada a intensa cefalea irradiada al cuello. En las 72 horas previas había presentado tos, odinofagia y fiebre. La exploración demuestra un síndrome de Horner izquierdo.

### PRIMER INGRESO

- Análisis sangre: leve leucocitosis, fibrinogeno 410 mg/dL, PCR-US 3.22 mg/dL
- ECG: ritmo sinusal
- Rx tórax y TC cerebral: sin alteraciones
- Doppler TSA: flujo preoclusivo en carótida izquierda
- RM: disección carotídea (imágenes a y d)

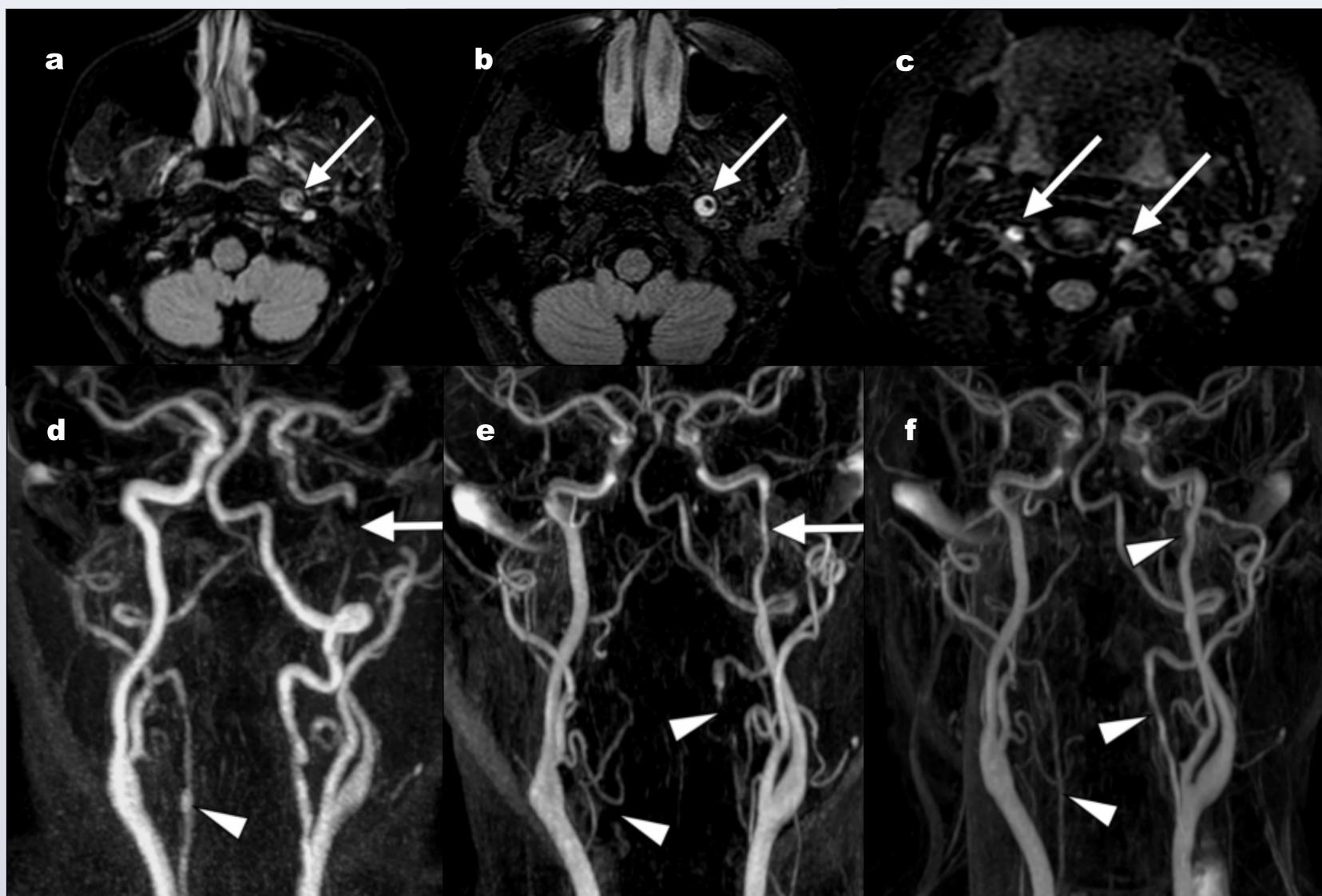
Tras vigilancia y tratamiento antitrombótico y analgésico se decide alta hospitalaria

### SEGUNDO INGRESO

Al cabo de tres semanas la paciente reingresa por empeoramiento severo de su cefalea.

- Autoinmunidad: ANA 1:320
- Serologías de virus y bacterias: negativas
- AngioTC toraco-abdominal: sin datos de vasculopatía
- RM: disección de ambas arterias vertebrales y ACI izquierda (imágenes b, c y e)

La evolución posterior es buena y el control radiológico a los 6 meses evidencia una resolución subtotal de las disecciones (imagen f).



(a y d) hiperseñal (flecha) en segmento cervical de ACI izquierda y defecto de perfusión sugestivos de disección, e irregularidad (punta de flecha) en vertebral derecha que paso inadvertida; (b, c y e) tras un mes persiste hiperseñal (flecha) en ACI izquierda con cierta mejoría en el flujo, pero se observan hiperseñales (flechas) y defectos en el flujo (puntas de flecha) de ambas arterias vertebrales, sugestivo de disecciones; (f) recuperación del flujo en todas las arterias al cabo de 6 meses

## CONCLUSIONES

Debemos estar atentos a la posibilidad de una disección múltiple y simultánea de las AC dado el riesgo de complicaciones potencialmente graves. El riesgo de que afecte a tres o cuatro arterias cervicales es del 1,5% y 0,1% respectivamente del total de disecciones espontáneas. En nuestra paciente fue el empeoramiento diferido de la cefalea el que nos permitió detectar la progresión. El antecedente infeccioso podría haber actuado como desencadenante. Se encuentra en el 32% de los pacientes y es hasta 6 veces más frecuente en aquellos con disecciones múltiples.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Daroff RB, Jankovic J, Mazziotta JC, Pomeroy SL, Bradley &#39;s neurology in clinical practice, 7th ed. London, New York, Oxford, Philadelphia, St Louis, Sydney, Toronto: Elsevier; 2016. 2. Lee VH, Brown RD, Mandrekar JN, Mokri B. Incidence and outcome of cervical artery dissection: A population-based study. Neurology. 2006;67:1809-12. 3. Debette S, Leys D. Cervical-artery dissections: predisposing factors, diagnosis, and outcome. Lancet Neurol. 2009;8:668-78. 4. Béjot Y, Aboa-Eboule C, Debette S, Pezzini A, Tallismak T, Engelter S, Grand-Ginsbach C, Touzé E, Sessa M, Melso T, Melso A, Kloss M, Caso V, Dallongeville J, Lyrer P, Leys D, Giroud M, Pandolfo M, Abboud S. Characteristics and outcomes of patients with multiple cervical artery dissection. Stroke. 2014;45:37-41.