

La dilatación infundibular (DI) se define como la dilatación con forma cónica, triangular o de embudo, en el origen de una [arteria cerebral](#).

Son evidentes, en el 7 y el 25% de los [angiografías cerebrales](#) consideradas normales.

A menudo son consideradas como variantes anatómicas normales sin importancia patogénica, pero en algunos casos, se puede detectar la formación de [aneurismas](#) y la ruptura (Marshman y col., 1998).

La importancia de esta lesión es que continúa sin estar inequívocamente determinado si se trata de una variante anatómica, de una lesión preaneurismática o si puede ser causa de sangrado.

Tampoco la DI es una lesión claramente definida desde el punto de vista histológico, anatómico, fisiopatológico, en los estudios de imagen ni tampoco en su pronóstico, aunque en la mayor parte de los casos evoluciona favorablemente.

Todos estos aspectos y sus correspondientes implicaciones clínicas deben considerarse a la hora de manejar pacientes con lesiones de pequeño tamaño en la salida de una arteria con o sin [hemorragia subaracnoidea](#) (HSA), donde se plantea el diagnóstico diferencial entre una DI verdadera, una lesión preaneurismática o un aneurisma de pequeño tamaño.

Al poderse convertir en verdaderos aneurismas, se precisa un seguimiento mediante [RM](#) (por ejemplo, en intervalos de un año) en infundíbulos con un diámetro de 3 mm o más.

En los pacientes con otros aneurismas, con una formación documentada de aneurisma de novo o con una ocurrencia familiar de aneurismas, el riesgo de evolución de un infundíbulo a un aneurisma sacular puede aumentar y el seguimiento debe ser aún más estricto (Fischer y col., 2011).

Existe un número creciente de casos de ruptura de un infundíbulo, progresión del infundíbulo a un aneurisma franco, y hemorragia subaracnoidea (HSA) en la arteria comunicante posterior (Baek y col., 2009).

En pacientes con aneurismas rotos sometidos a cirugía y DI homolateral se recomienda explorar y tratar la lesión.

En pacientes con aneurismas rotos tratados con embolización con DI no tratada y en aquellos tratados con microcirugía con una DI contralateral, se considerarán en cada caso los factores de riesgo para indicar un tratamiento microquirúrgico.

En los pacientes con DI como única lesión vascular asociada a una HSA debe repetirse la angiografía y, en ausencia de otra explicación del sangrado, considerar la exploración microquirúrgica.

Finalmente, el hallazgo de una DI en pacientes sin sangrado es una indicación habitual de observación con neuroimagen y control de los factores generales de riesgo vascular (González-Darder y col., 2011).

En conclusión etiquetar un caso de hemorragia subaracnoidea como angiograma negativo puede ser imprudente cuando existe un infundíbulo potencialmente colocalizado a la fuente de la HSA (Coupey col., 2007).

Bibliografía

Coupe, N.J. et al., 2007. Subarachnoid hemorrhage emanating from a ruptured infundibulum: case

report and literature review. Surgical Neurology, 67(2), págs.204-206.

Fischer, S., Hopf, N. & Henkes, H., 2011. Evolution from an infundibulum of the posterior communicating artery to a saccular aneurysm. Clinical Neuroradiology, 21(2), págs.87-90.

González-Darder, J.M., Verdú-López, F. & Quilis-Quesada, V., 2011. [Management and microsurgical treatment of infundibular dilatations of the posterior communicating artery. Series of nine cases and review of the literature]. Neurocirugía (Asturias, Spain), 22(4), págs.301-309.

Marshman, L.A. et al., 1998. The progression of an infundibulum to aneurysm formation and rupture: case report and literature review. Neurosurgery, 43(6), págs.1445-1448; discussion 1448-1449.

From:

<https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/> - **Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661**

Permanent link:

https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=dilatacion_infundibular

Last update: **2025/05/03 23:58**

