

Isquemia vertebrobasilar

La complejidad de las estructuras vasculares en el [tronco cerebral](#) es, entre otras, una de las mayores limitaciones en la localización de la isquemia o del infarto cerebral, lo que ofrece confusiones cuando se presentan síntomas relacionados con éste territorio, especialmente cuando una isquemia se registra en el lecho vascular vertebrobasilar.

Una de las mayores limitaciones y adversidades que se tienen en la interpretación de los mecanismos de la isquemia en el territorio posterior (TP) lo constituyen las diversidades anatómicas vasculares en las que se pueden presentar arterias vertebrales asimétricas en más de dos tercios de los humanos, como la hipoplasia o agenesia de las arterias vertebrales, o agenesia de la arteria cerebelosa posteroinferior o malformaciones del polígono de Willis, así como la naturaleza del flujo sanguíneo, y la capacidad de respuesta del tono arterial por su innervación y capacidad de respuesta endotelial para la modulación vascular, entre otras.

Epidemiológicamente lo más sobresaliente en las isquemias del territorio vascular posterior se encuentra descrito en el estudio realizado por Caplan y colaboradores en el New England Medical Center en Boston, con un total de 407 pacientes, en el que señala que el mecanismo de las isquemias más frecuente en el TP es el evento embólico, seguido por el de la enfermedad de la gran arteria. Estos autores subdividieron a la circulación posterior intracranalmente para explicar los mecanismos de la isquemia y definieron que el territorio proximal afecta desde las arterias vertebrales hasta el origen de la arteria cerebelosa posteroinferior. El territorio medial abarca hasta el origen de las arterias cerebelosas superiores, y el territorio distal desde estas arterias hasta las cerebrales posteriores y las tálamo perforantes. El territorio vascular más frecuentemente afectado fue el distal. Encontraron 260 pacientes con lesiones oclusivas (estenosis mayor del 50%) del circuito posterior; la frecuencia de los vasos afectados fue en la arteria vertebral extracraneal (AVEC) el 1%, en la arteria vertebral intracraneal (AVIC) el 42%, en la arteria basilar (AB) el 42% y en la arterias vertebrales posteriores (ACP) el 15%. El segmento más afectado fue el medial, seguido por el proximal. El 79% de los pacientes sobrevivieron sin déficit neurológico o con déficit leve. La mortalidad total a 30 días fue de 3,6%. Los estudios realizados por Bogousslavsky, con 257 pacientes, y Mannheim, con 150 pacientes, son los más representativos.

Los mecanismos y consideraciones prácticas con respecto al territorio posterior (TP) comprenden los siguientes enunciados:

La isquemia en la circulación posterior es menos frecuente que en el circuito anterior carotídeo. La aterosclerosis en la boca de salida (Branch disease) es la más frecuente afectada en el Territorio Posterior (TP) y es secundaria a la lipohialinosis y a los ateromas en las divisiones de los vasos y los más comprometidos son los tálamo perforantes y los tálamo geniculados.

La metodología diagnóstica tiene limitaciones en la detección de los segmentos vasculares en el TP. En el TP se requieren de mayores recursos para detectar los mecanismos fisiopatogénicos. La localización del infarto depende del vaso afectado, porque para cada estructura del encéfalo corresponde una irrigación precisa, así:

La Arteria Vertebral (AV) al Bulbo; la Arteria Cerebelosa Antero Inferior (ACAI) y la Arteria Cerebelosa Postero Inferior (ACPI) a los hemisferios cerebelosos; la Arteria Basilar (AB) a la protuberancia y las Arterias Cerebrales Posteriores (ACP) al mesencéfalo, tálamo, lóbulos temporales y occipitales.

From:

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

Permanent link:

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

Last update: **2025/05/03 23:57**

