

¿INFARTOS TALÁMICOS BILATERALES, DOCTOR PERCHERON?

Tipo: Presentación Electrónica Educativa

Autores: Sara Lojo Lendoiro, Rocío Castañón Martínez, Marta Gallego Riol, Eduardo Herrero Carretero, Mercedes Leal Cala, Raquel Esteban Saiz

Objetivos Docentes

- Conocer las diferentes variantes anatómicas de las arterias paramedianas talamo-mesencefálicas.
- Inclusión de la variante de la arteria de Percheron en el diagnóstico diferencial de patologías que cursen con infartos talamo-mesencefálicos bilaterales.
- Reconocer hallazgos en los estudios de imagen que, con una clínica adecuada, sugieran esta patología.

Revisión del tema

Las arterias paramedianas talamomesencefálicas tienen gran variabilidad interindividual respecto al número, tamaño y contribución territorial vascular al tálamo, siendo de especial importancia la arteria de Percheron, debido a los territorios que irriga.

La región paramediana de tálamo y rostral del mesencéfalo recibe su irrigación de ramas terminales con origen en el primer segmento de las arterias cerebrales posteriores; cuando hay una dependencia bilateral de una única rama con origen en uno de estos segmentos, ésta se conoce como arteria de Percherón.

Dicha arteria nace de uno de los segmentos proximales de la arteria cerebral posterior, nutriendo a núcleos talámicos y al mesencéfalo de manera bilateral, por lo que su oclusión cursa con infartos en un territorio amplio.

La isquemia bitalámica es una patología poco frecuente cuyo reconocimiento es esencial para establecer el mecanismo de accidente cerebrovascular en infartos bilaterales paramediales del tálamo, realizando un diagnóstico preciso que permita un manejo correcto del paciente.

La tríada de presentación clínica más típica de estos paciente incluye; trastornos del nivel de conciencia, alteraciones oculomotoras y alteraciones de carácter cognitivo-conductual.

Los criterios para su diagnóstico se establecen fundamentalmente a través de estudios de imagen, visualizando la aparición de un infarto sincrónico de ambas regiones talámicas acompañado o no de

afectación mesencefálica rostral.

El método de imagen más utilizado es la RM con secuencias de difusión o la TC con contraste IV, ambos asociados a un contexto clínico compatible.

Dicha patología se produce con mayor frecuencia por mecanismo embolígeno desde el corazón, aorta o arterias cervicocerebrales, no obstante, se deben descartar también otras causas de lesiones bitalámicas como son ; infecciones que afectan típicamente al sistema nervioso, deficiencia de tiamina, enfermedades autoinmunes o infección por virus de la influenza, entre otros.

Imágenes en esta sección:

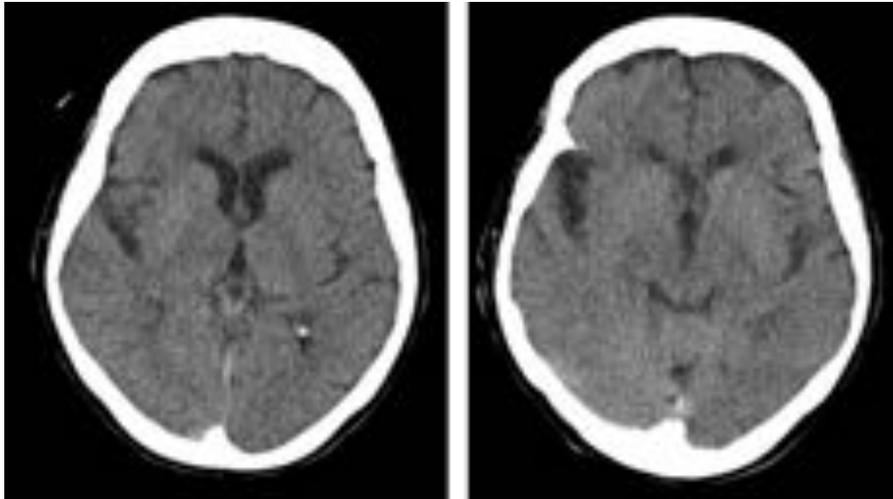


Fig. 1: Paciente de 80 años, con antecedentes de HTA, que presenta disartria aguda. Cortes axiales de TC sin contraste en los que se visualiza una lesión hipodensa en el tálamo derecho.

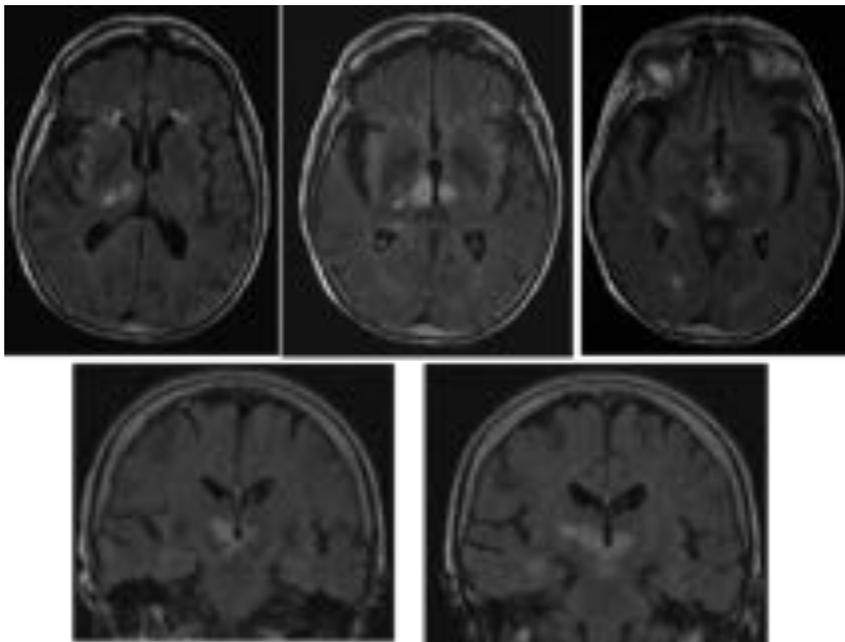


Fig. 2: Posteriormente se le realiza RM cerebral, apreciando en cortes axiales y coronales en secuencias FLAIR T2 lesiones hiperdensas en regiones paramedianas de ambos tálamos y mesencéfalo rostral, que

sugieren lesiones isquémicas por afectación de arteria de Percheron.

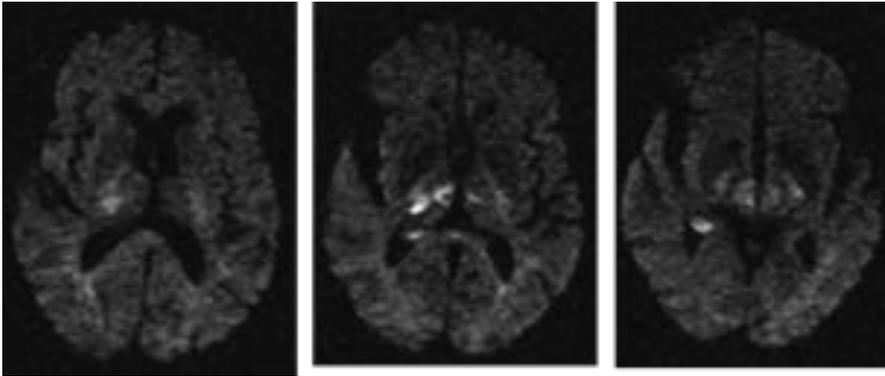


Fig. 3: RM cerebral, secuencias de difusión, cortes axiales, apreciando lesiones con restricción de la difusión a nivel de ambos tálamos que sugieren carácter agudo de las mismas.

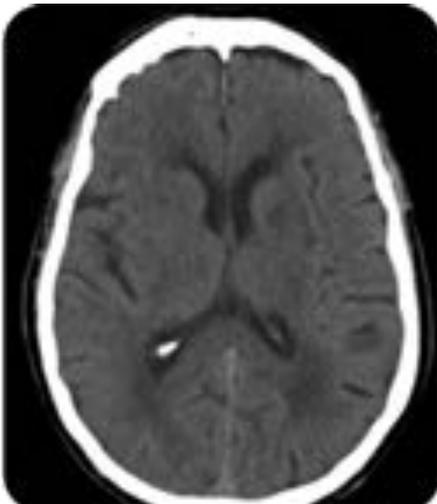


Fig. 4: Varón de 79 años, con antecedentes de HTA , Dislipemia, Cardiopatía isquémica y FA que acude a Urgencias por bajo nivel de conciencia. Se realiza TC sin contraste visualizándose diversos eventos isquémicos, aparentemente antiguos, así como hipodensidades periventriculares, corona radiada y centros semiovais compatible con leucoencefalopatía crónica de pequeño vaso. La flecha indica un área de tenue hipodensidad en tálamo derecho en relación con área isquémica aguda

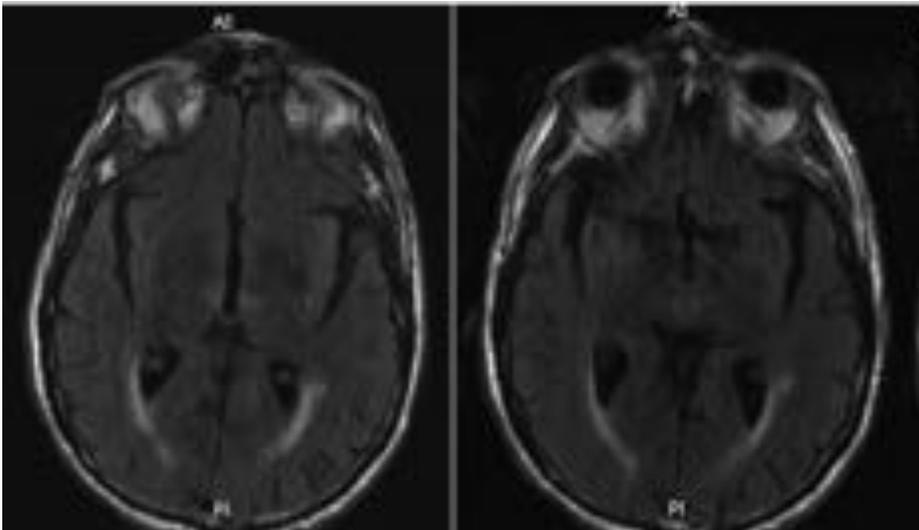


Fig. 5: RM cerebral realizada en días posteriores al ingreso del mismo paciente, donde se aprecian áreas de hiperdensidad en secuencias FLAIR a nivel de núcleos talámicos paramedianos y en mesencéfalo, bilaterales; lo que sugería origen isquémico en territorio de arteria de Percheron.

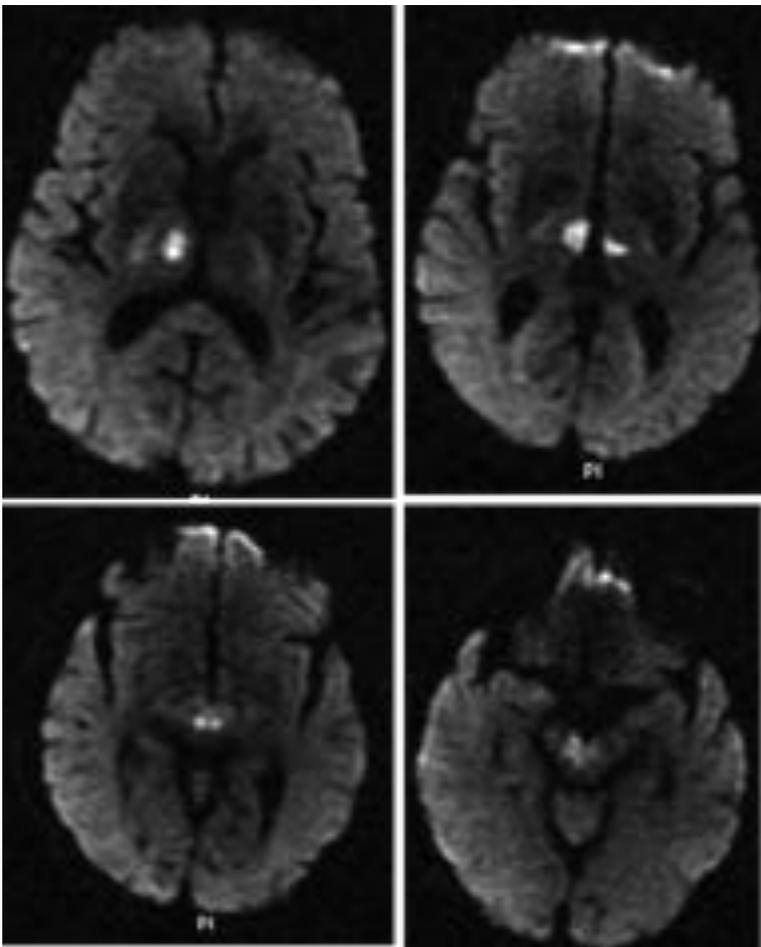


Fig. 6: En las secuencias de difusión, se demuestra restricción de la misma en localización bitalámica y mesencefálica, en relación con lesiones isquémicas agudas en territorio de la arteria de Percheron.



Fig. 7: Paciente que ingresa por pérdida de conciencia. Corte axial de TC sin contraste dónde se aprecia una hiperdensidad de la arteria basilar como signo precoz de trombosis de la misma.

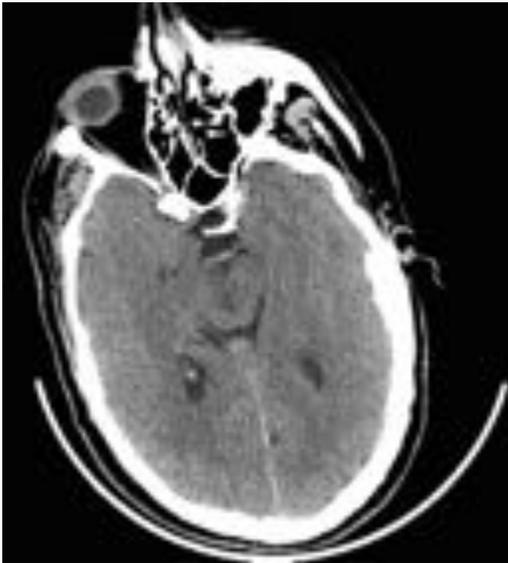


Fig. 8: Corte axial de TC sin contraste del mismo paciente un mes después, en el que se aprecian hipodensidades mesencefálicas y en ambos tálamos en relación con infarto de la arteria de Percheron



Fig. 9: Distinto corte axial de TC sin contraste del mismo paciente un mes después, en el que se aprecian las hipodensidades mesencefálicas y en ambos tálamos en relación con infarto de la arteria de Percherón

Conclusiones

La oclusión de la arteria de Percherón es una patología poco frecuente pero con consecuencias fatales, su conocimiento e inclusión en el diagnóstico diferencial de afectación bitalámica, así como, el reconocimiento de hallazgos significativos en los estudios de imagen ayudará a un mejor manejo del paciente.

Es importante el reconocimiento de estos hallazgos en los métodos de imagen, siendo la TC craneal con contraste la disciplina más usada en los estudios urgentes y la RM craneal con secuencias de difusión las técnicas de imagen que más información nos van a aportar.

Bibliografía / Referencias

1. Lostra J, Tempra A, García-Saíz E, Valdivia-Rodríguez H. Momento anatómico: la arteria de Percheron. Importancia de su reconocimiento en resonancia magnética. Mar del Plata: Hospital Privado de Comunidad; 2010.
2. Barros P, Resende J, Ribeiro A, Cancela G, Veloso M. Infarto de la arteria de Percheron: presentación clínica atípica. *Rev Neurol* 2010; 50: 638-40.
3. Jiménez-Caballero P. Bilateral paramedian thalamic artery infarcts: report of 10 cases. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2010; 19: 283-9.
4. Carrera E, Michel P, Bogousslavsky J. Anteromedian, central, and posterolateral infarcts of the thalamus: three variant types. *Stroke* 2004; 35: 2826-31.
5. Raphaeli G, Liberman A, Gomori J, Steiner I. Acute bilateral paramedian thalamic infarcts after occlusion of the artery of Percheron. *Neurology* 2006; 66: e7