

DISECCIÓN DE LA ARTERIA BASILAR: CLAVES DIAGNÓSTICAS EN LA ERA DE LA ANGIO-RMN.

Autores:

Julian Yedlin, Josefina Cardus, Jose Maria Liva, Alejandro Boero.

Los autores declaran no tener conflictos de interés



Rossi
cuidandote siempre

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

- Reconocer la disección de la arteria basilar (DAB) como causa infrecuente pero relevante de eventos isquémicos en territorio posterior.
- Identificar hallazgos imagenológicos clave en resonancia magnética y angiorresonancia compatibles con disección.
- Comprender la utilidad de la RMN/Angio-RMN como herramienta no invasiva frente a la angiografía convencional.
- Analizar la presentación clínica variable de la DAB a través de dos casos reales.

REVISIÓN DEL TEMA

La disección de la arteria basilar es una entidad poco frecuente, cuya incidencia estimada es de 0,25 por 100.000 personas/año. Puede manifestarse con mareos, disartria o paresias. Históricamente diagnosticada mediante angiografía, hoy se reconoce con mayor frecuencia gracias a los avances en resonancia magnética.

Entre los signos imagenológicos característicos se destacan:

- Presencia de flap intimal (imagen lineal hipointensa intraluminal)
- Signo del doble lumen
- Estrechamiento progresivo del flujo arterial
- Dilataciones aneurismáticas asociadas

La evaluación con RM combinada con angio-RM permite un diagnóstico temprano y sin invasividad. A través de dos casos se ilustran los patrones clínicos e imagenológicos que deben alertar sobre esta patología. En ambos se identificó el flap de disección y alteraciones del calibre vascular, aunque con evolución clínica diferente.



65 años masculino.
Disartria y paresia derecha.
Evoluciona con evento isquémico establecido.

Figura 1 – Angio-RMN 3D TOF (proyección frontal):
Se observa pérdida del calibre en la arteria vertebral izquierda y el segmento proximal de la arteria basilar. (flecha).

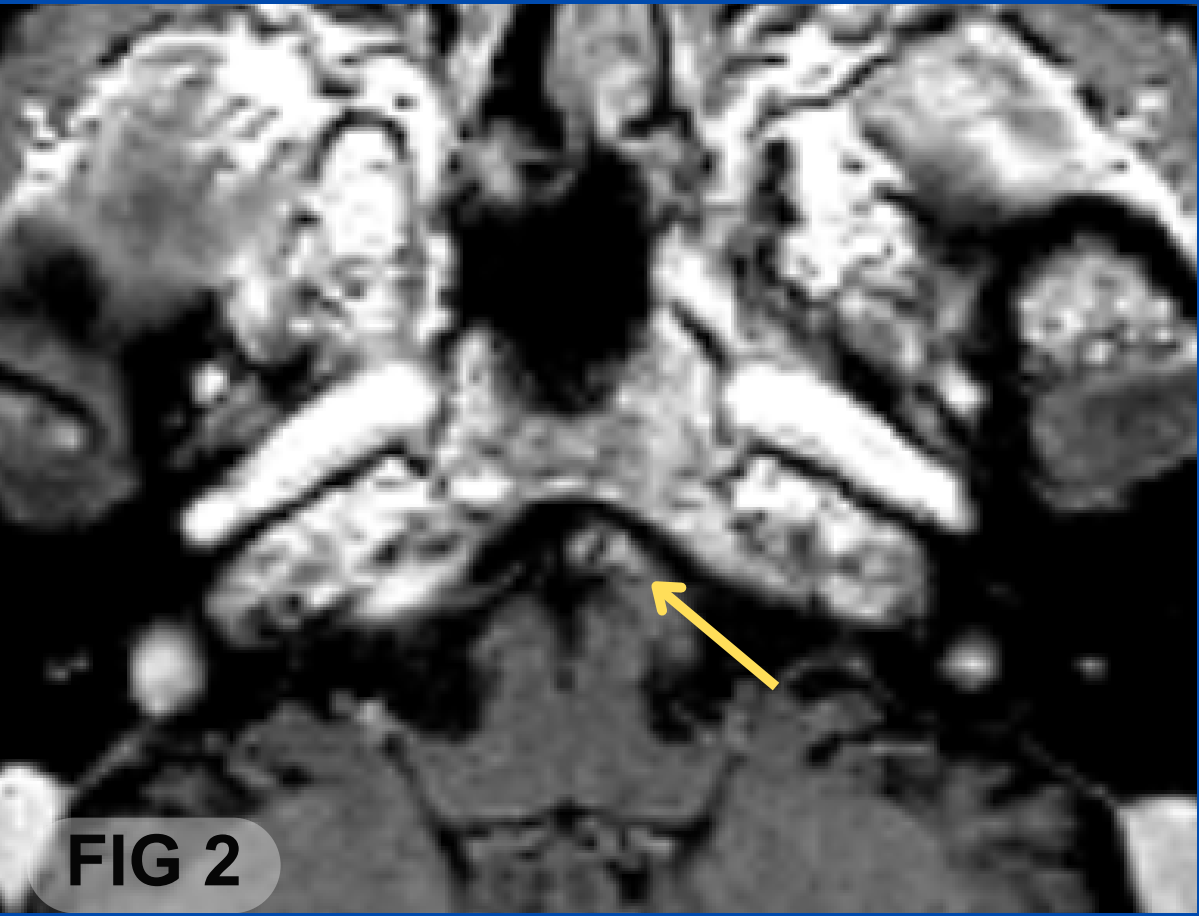


Figura 2 – T1 post-contraste axial:
Imagen lineal hipointensa intraluminal en la arteria basilar, característica de flap de disección (flecha).

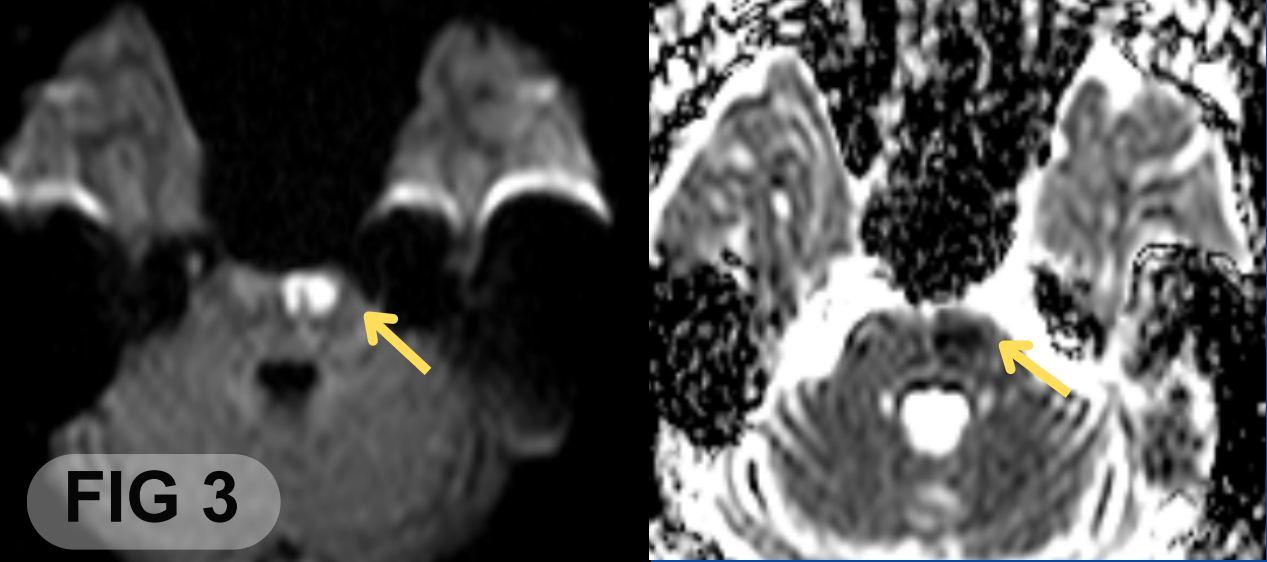
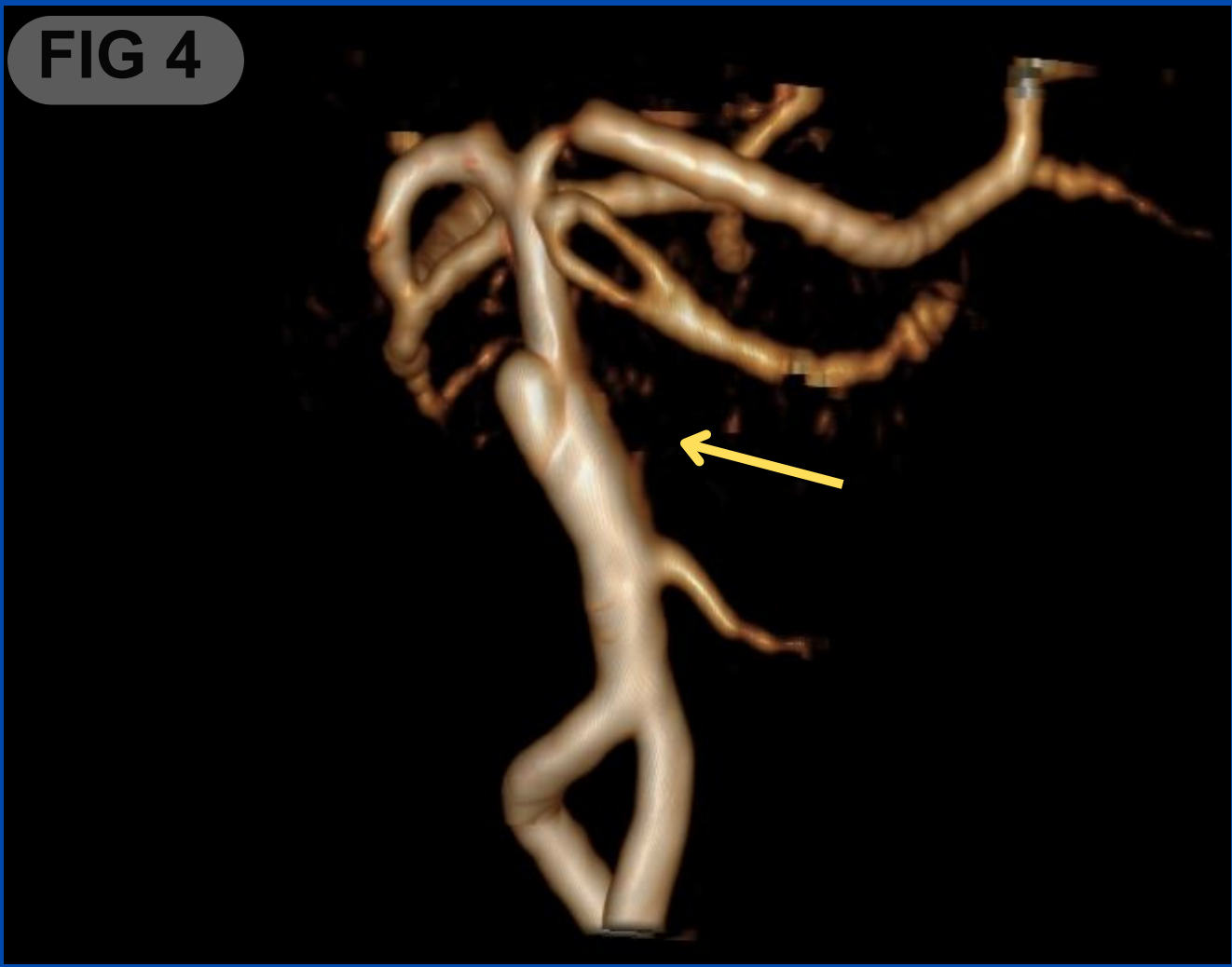


Figura 3 – DWI y mapa ADC:
Restricción a la difusión en el pedúnculo cerebeloso izquierdo, en relación con infarto agudo (flecha).



35 años masculino.
Cefalea occipital intensa, diplopía y parestesias durante ejercicio.

Figura 4 –
Reconstrucción 3D del circuito posterior:

Se evidencia pseudoaneurisma en el tercio distal de la arteria basilar, con afinamiento progresivo de la luz verdadera. (flecha).



Figura 5 – Angio-RMN TOF axial:

Imagen lineal hipointensa en la cara anterior de la arteria basilar, compatible con flap de disección (flecha).

CONCLUSIONES

La disección basilar debe considerarse ante síntomas en fosa posterior, incluso en ausencia de factores de riesgo . La resonancia y la angio-RMN permiten identificar signos diagnósticos específicos, evitando estudios invasivos. La sospecha clínica, junto a una interpretación adecuada de la imagen, son claves para el diagnóstico y manejo oportuno.

BIBLIOGRAFIA

1. Kim BM, et al. Management and clinical outcome of acute basilar artery dissection. AJNR Am J Neuroradiol. 2008;29(10):1937–1941. <https://doi.org/10.3174/ajnr.a1243>
2. Ruecker M, et al. Basilar artery dissection: Series of 12 consecutive cases and review of the literature. Cerebrovasc Dis. 2010;30(3):267–276. <https://doi.org/10.1159/000319069>
3. Yoshimoto Y, et al. Basilar artery dissection. J Neurosurg. 2005;102(3):476–481. <https://doi.org/10.3171/jns.2005.102.3.0476>