



# Neurocirugía



<https://www.revistaneurocirugia.com>

## P-077 - MAV DE TRONCO ROTA EN PACIENTE CIRRÓTICO. ABORDAJE FARLATERAL Y OCLUSIÓN IN SITU EN UN PACIENTE LÍMITE

G.M. Múzquiz Rueda, D. Buffagni Escalona, M. Arbaiza Martínez, K.C. Carrasco Delgado, A. Medrano López, J. Álvarez Fernández, J.A. Álvarez Salgado, A. Rodríguez de Lope Llorca, F. González-Llanos Fernández de Mesa

Complejo Hospitalario, Toledo, España.

### Resumen

**Introducción:** Las malformaciones arteriovenosas (MAV) de tronco cerebral son lesiones vasculares de alta complejidad diagnóstico-terapéutica. Tienden a ser más agresivas que las supratentoriales y su ruptura genera una enorme morbilidad.

**Caso clínico:** Varón de 52 años con clínica de mareo, alteraciones sensitivo-motoras en hemisferio derecho, asimetría facial y disartria. Antecedentes relevantes de cirrosis enólica con alteración de la coagulación. En TC cerebral se aprecia hematoma bulbar derecho. En angiografía diagnóstica PICA derecha de calibre aumentado con nido malformativo asociado, con drenaje venoso profundo. Segundo *shunt* de ramas distales de PICA derecha. Presencia de aneurismas de flujo. Inicialmente actitud expectante, optimización del paciente y cirugía de exclusión. Abordaje farlateral derecho con craneotomía suboccipital, ampliación y fresado de tercio lateral del cóndilo, apertura de C1 hasta masa lateral. Apertura dural en C; visualizándose vasos abigarrados dependientes de arteria vertebral intradural con aneurismas de flujo asociados; con drenaje venoso a vena medular lateral. Disección, coagulación y corte de arterias aferentes, evacuación de componente exofítico de hematoma bulbar. Múltiples complicaciones sistémicas durante el ingreso: sangrados digestivos, insuficiencia respiratoria y descompensaciones edematosas. Buena evolución posterior; actualmente hemiparesia y hemihipoestesia derechas caminando con andador.

**Discusión:** Lawton *et al.* proponen una clasificación específica para estas lesiones, al entender que muchas de las MAV de tronco se encuentran en un plano pial y no embebidas en el parénquima, permitiendo excluir la lesión al cortar el flujo arterial de manera circunferencial, interrumpiendo el drenaje venoso al eliminar el *shunt*; dejando el remanente de nidus colapsado. Presentamos un caso que se clasificaría como “MAV lateral medular”; que se caracterizan por estar localizadas inferior al surco bulbopontino, lateral al surco anterolateral y posterior a las raíces del hipogloso. Reciben sus aportes de la arteria vertebral y de la PICA; y drenan en la vena medular media y/o en la lateral.