

INFARTO TALÁMICO BILATERAL: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

Dra. Jacqueline Ruiz Granados
Dr. Raúl López Serna

INTRODUCCIÓN

Los infartos restringidos al tálamo son localizaciones poco frecuentes de EVC, representan sólo el 11% de los infartos de circulación posterior. El involucro talámico bilateral suele ser una entidad excepcional que ocurre en el contexto de una variación anatómica de las arterias paramedianas del segmento P1. La variante tipo B, conocida como arteria de Percherón, se origina de un tronco arterial único proveniente de alguna de las dos cerebrales posteriores, e irriga ambas regiones paramedianas del tálamo y mesencéfalo dorsal. La frecuencia estimada de ésta variación anatómica es de 1 de cada 3 individuos.

PRESENTACIÓN DE LOS CASOS

Caso 1.

Femenino de 54 años, con dislipidemia de 2 años de diagnóstico sin tratamiento. Inicia súbitamente con vértigo subjetivo rotatorio y diplopia. Evolucionan unas horas con somnolencia. Al ingreso hospitalario se encuentra con paresia incompleta del III nervio craneal bilateral y deterioro progresivo del alerta, requiriendo apoyo mecánico ventilatorio. A las 48 horas se desteta de la ventilación mecánica, despertando con paresia del III NC izquierdo. A la semana egresa con vértigo subjetivo rotatorio. Al mes se encontró asintomática.

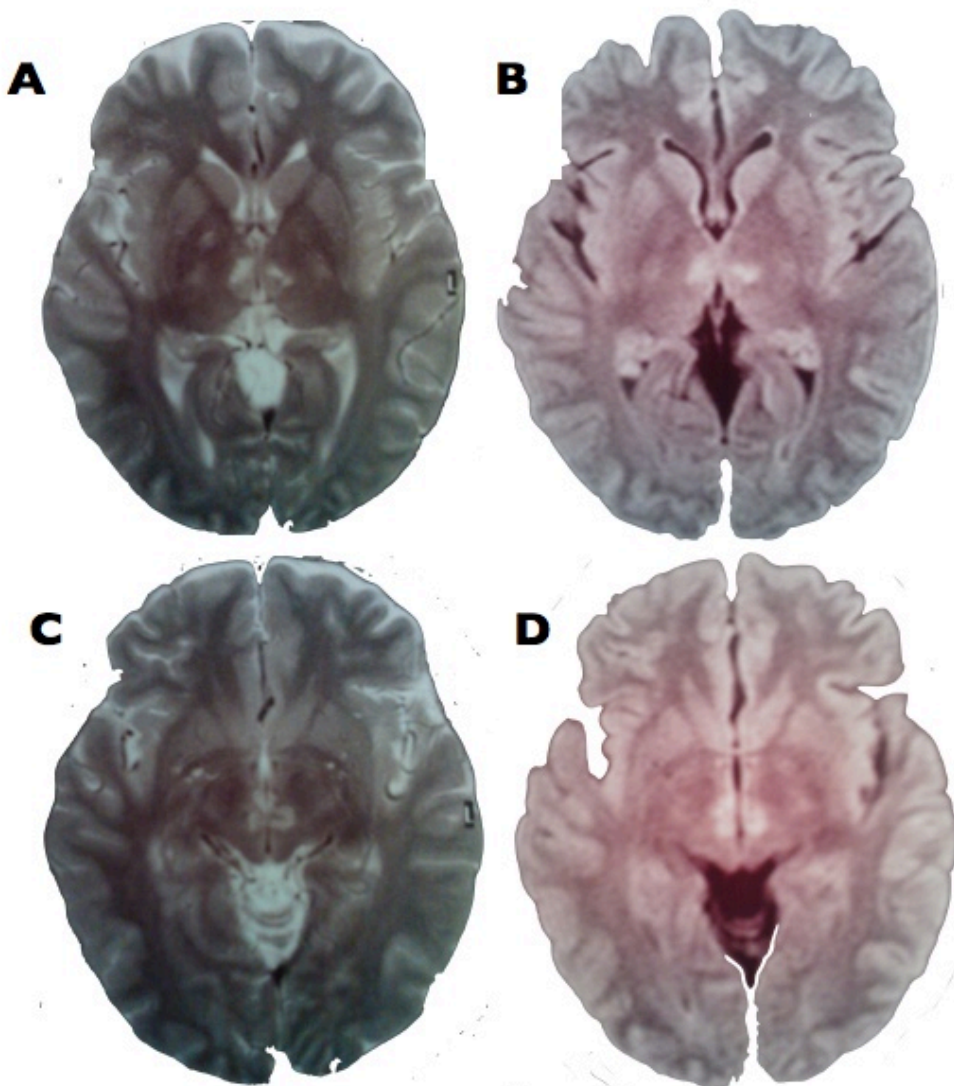
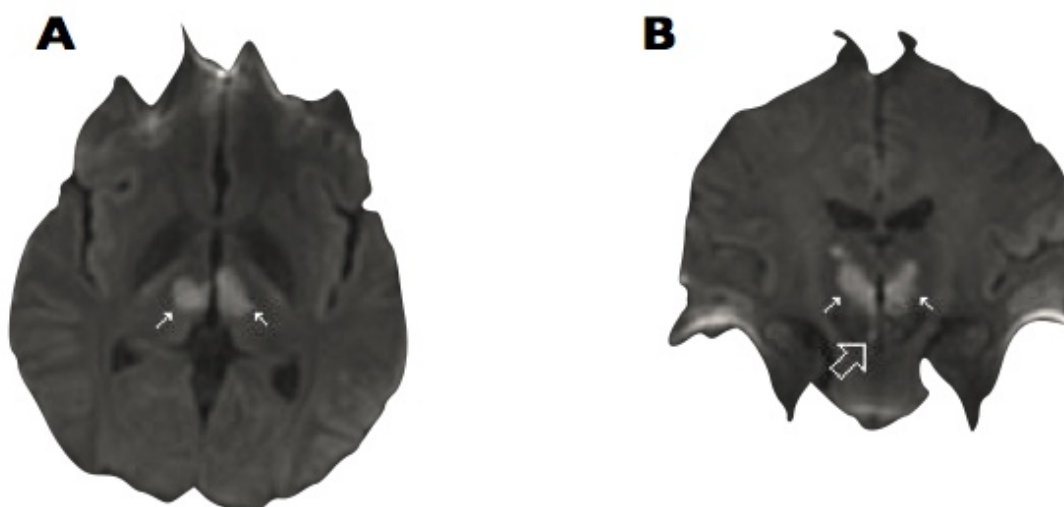


Figura 1. IRM de encéfalo en secuencias T2 (A y C) y FLAIR (B y D), que muestra en la parte superior hipointensidad en ambos territorios paramedianos del tálamo que se extiende ventralmente hacia el mesencéfalo dorsal, con afección bilateral de la sustancia gris periacueductal.

Caso 2.

Masculino de 27 años, sin antecedentes de importancia. Llevado al hospital posterior a ser encontrado en estupor. Al ingreso se realizó TC de cráneo que mostró imágenes hipodensas en ambos tálamos. En la IRM se observaron lesiones talámicas bilaterales consistentes con eventos isquémicos de ambos territorios paramedianos. A las 48 horas del ingreso el paciente evolucionó con mejoría del estado de alerta persistiendo únicamente con limitación para la supravversión bilateral.

Figura 2. IRM con secuencias de difusión en corte axial (A) y coronal (B); se muestran señaladas áreas en ambos tálamos con aumento en la intensidad de señal (flechas blancas) compatibles con infartos talámicos en territorios paramedianos. La flecha grande señala afección de la sustancia gris periacueductal del lado derecho.



CONCLUSIONES

El infarto talámico y tálamo-mesencefálico bilateral es una entidad poco frecuente. Como ocurrió en nuestros casos, la evolución puede ser muy favorable, pero en otros dependerá de la extensión de la isquemia. Debido a la complejidad y cercanía de las vías y núcleos involucrados en estas localizaciones, las manifestaciones y el pronóstico pueden ser muy variados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Bogousslavsky J, Van Melle G, Regli F. The Lausanne Stroke Registry: analysis of 1,000 consecutive patients with first stroke. *Stroke*. 1988;19:1083–1092.

Gentilini M, de Renzi E, Crisi G. Bilateral thalamic artery infarcts: report of eight cases. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1987;50:900–909.

Matheus G, Castillo M. Imaging of acute bilateral paramedian thalamic and mesencephalic infarcts. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2003;24:2005–2008.

Raphaeli G, Liberman A, Gomori J, Steiner I. Acute bilateral paramedian thalamic infarcts after occlusion of the artery of Percheron. *Neurology*. 2006;66:7.

Krampla W, Schmidbauer B, Hruby W. Ischaemic stroke of the artery of Percheron. *Eur Radiol*. 2008;18:192–194.