

# DISECCIÓN DE VASOS CERVICOCRANEALES

**Dra. Figueroa T., Dr. Pastén J., Dr. Salamanca P., Dr. Saez D. Ints. Vargas E., Vega M.**  
**Servicio de Neurología, Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago, Chile.**  
**Facultad de Medicina Universidad de Chile, Departamento de Neurología Sur**

## Introducción.

La disección de vasos cervicocéfálicos (DVCC) es una causa importante de enfermedad cerebrovascular. El diagnóstico es cada día más frecuente debido a la sospecha clínica y al advenimiento de nuevas técnicas diagnósticas. La etiopatogenia de la DVCC no está completamente entendida, aun cuando el trauma, infecciones respiratorias, y arteriopatías subyacentes son consideradas importantes. El pronóstico tampoco está bien estudiado en las diferentes series.

## Métodos.

Se realizó un estudio descriptivo en 77 pacientes ingresados al Servicio de Neurología del HBLT, con diagnóstico de certeza de DVCC, entre los años 1997 y 2007. Se registraron sus características demográficas, clínicas y el resultado funcional y la mortalidad precoz. Se analizaron las variables en tablas de contingencia buscando significación estadística mediante el programa STATA 9.

## Resultados.

La muestra total correspondió a 77 pacientes, 65% hombres y 34% mujeres, con un promedio de edad de 40 años. Según la topografía de la disección no se encontraron diferencias significativas en cuanto a la edad, sexo, presencia de HTA, diabetes, dislipidemia, tabaquismo, consumo de alcohol, consumo de drogas, ni presencia de trauma cervical. Destaca que el promedio de Rankin de egreso fue significativamente menor en las disecciones vertebrales versus las carotídeas. El Rankin de ingreso no mostró diferencias. La mortalidad inmediata y tardía tampoco mostraron diferencias por tipo de disección. Al estratificar los pacientes según resultado funcional con punto de corte en Rankin 3, es llamativo que en el grupo de peor desenlace la mayor proporción correspondió al territorio carotideo. Al atribuir riesgo encontramos que la edad tiene un OR significativo de 1,14 por cada año de vida en las disecciones carotídeas, a diferencia de en las vertebrales el OR es de 0,83 por cada año. Al comparar el riesgo del territorio carotideo versus vertebral encontramos que el primero tiene un OR de 13 para un Rankin mayor a 3.

Tabla 1 Distribución de variables.

VARIABLES	Total	Carotideo	Vertebral	p value
<b>Sexo</b>				
Masculino	49 (65,3%)	29 (65,9%)	20 (64,5%)	
Femenino	26 (34,7%)	15 (34,1%)	11 (35,5%)	0,55
<b>Edad</b>	40,4 (±9,8)	40,7 (±9,9)	39,8 (±9,7)	0,72
<b>HTA</b>	12 (16,2%)	4 (9,3%)	8 (25,8%)	0,12
<b>DM</b>	2 (2,7%)	1 (2,3%)	1 (3,3%)	1,00
<b>Dislipidemia</b>	4 (5,6%)	3 (6,9%)	1 (3,5%)	0,64
<b>Tabaco</b>	37 (54,1%)	23 (59,0%)	14 (48,3%)	0,46
<b>Alcohol</b>	4 (5,9%)	3 (7,5%)	1 (3,6%)	0,64
<b>Drogas ilícitas</b>	5 (7,6%)	2 (5,3%)	3 (10,7%)	0,64
<b>Trauma cervical</b>	23 (30,7%)	14 (31,8%)	9 (29,0%)	0,50
<b>Rankin ingreso</b>	3,22 (±1,4)	3,4 (±1,4)	2,9 (±1,3)	0,13
<b>Rankin egreso</b>	<b>2,2 (±1,4)</b>	<b>2,7 (±1,5)</b>	<b>1,6 (±1,0)</b>	<b>&lt;0,00</b>
<b>Cirugía</b>				
Sin	58 (77,3%)	34 (45,3%)	24 (3,2%)	
DVE	4 (5,3%)	1 (1,3%)	3 (4,0%)	
Craniectomía	6 (8,0%)	6 (8,0%)	0	
Otras	7 (9,3%)	6 (8,0%)	1 (1,3%)	0,044
<b>Mortalidad</b>				
Inmediata	2 (2,9%)	1 (2,4%)	1 (3,7%)	0,63
Tardía	3 (5,1%)	2 (5,4%)	1 (4,5%)	0,69

Tabla 2 Factores de riesgo según resultado funcional.

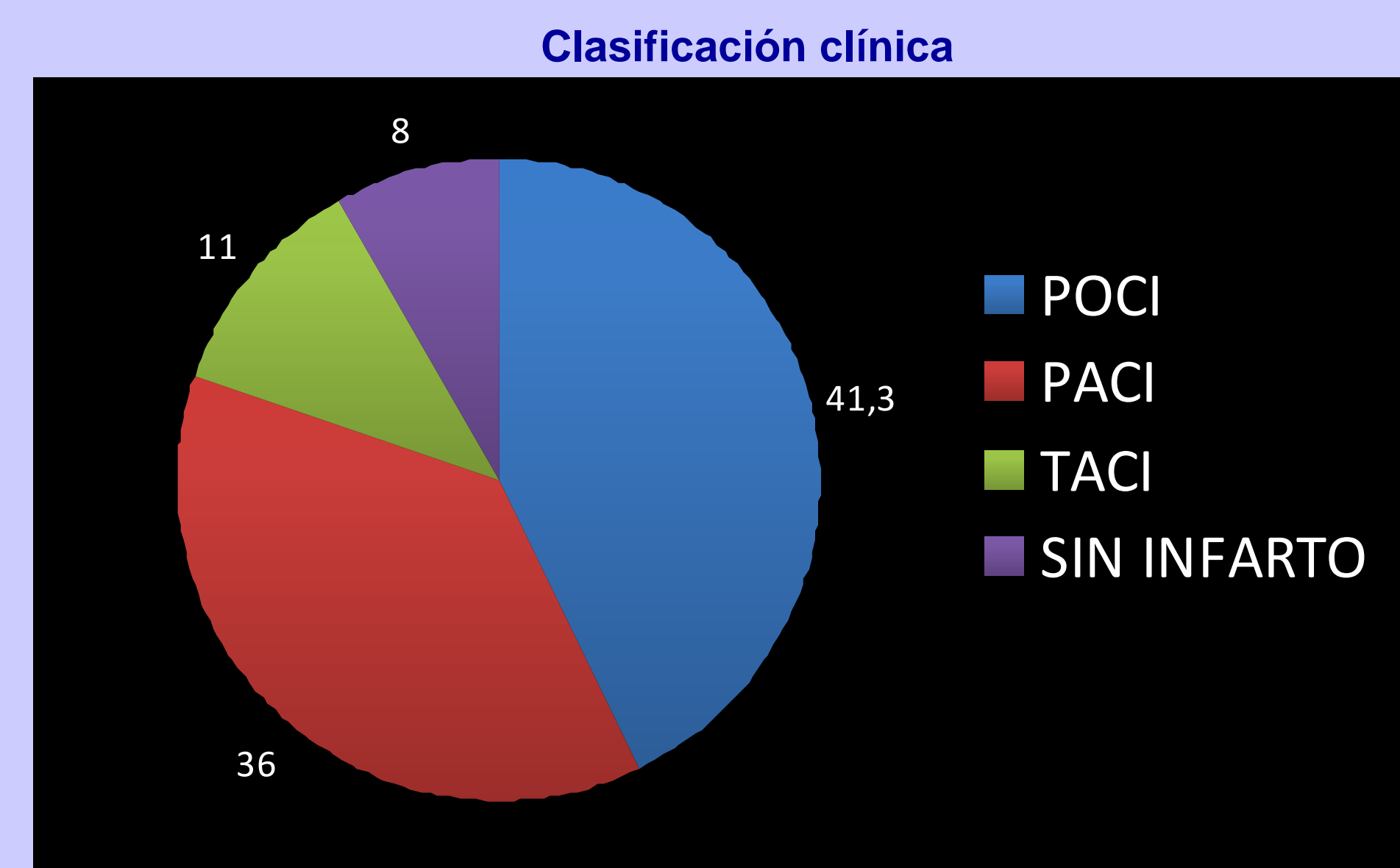
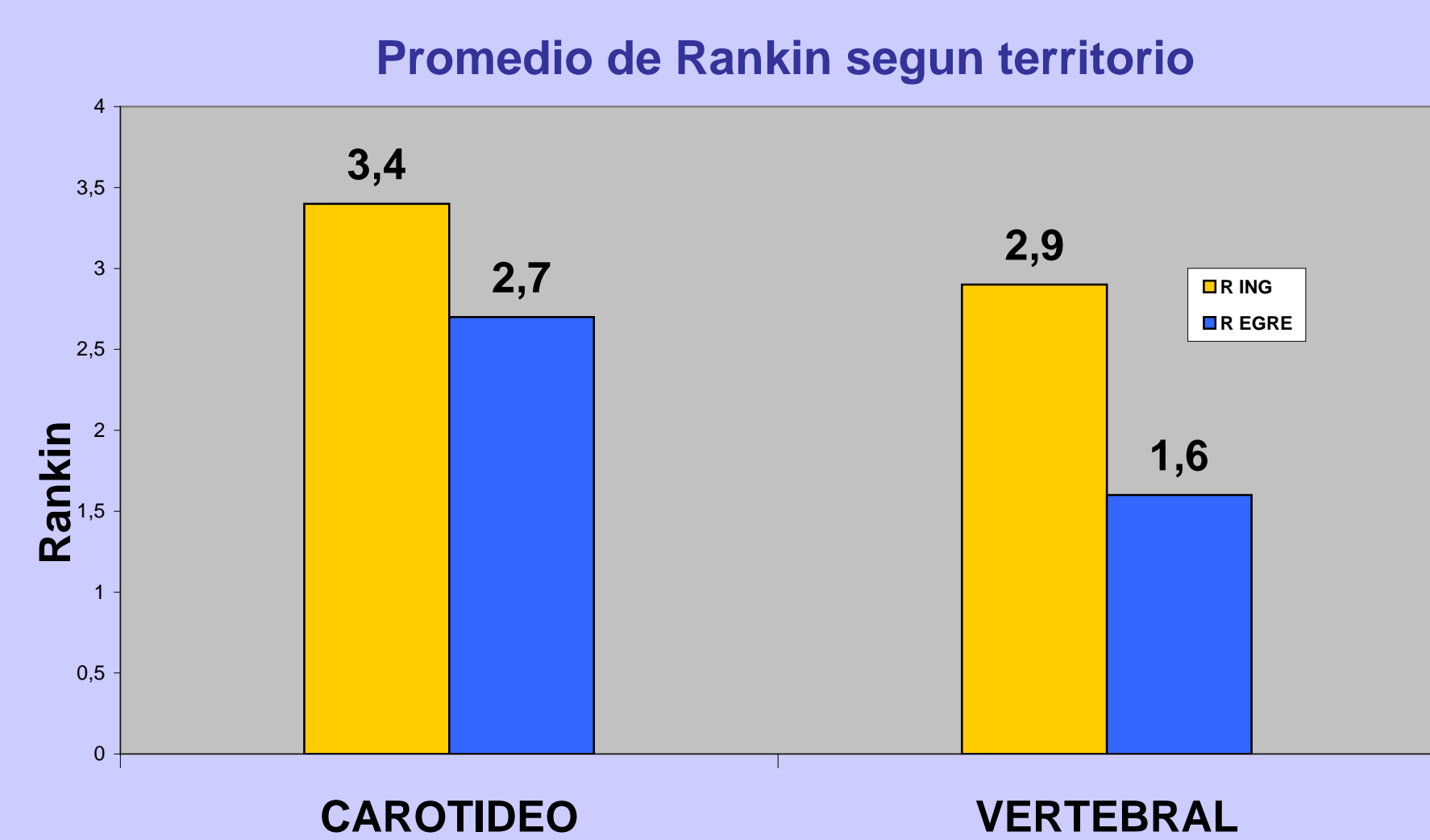
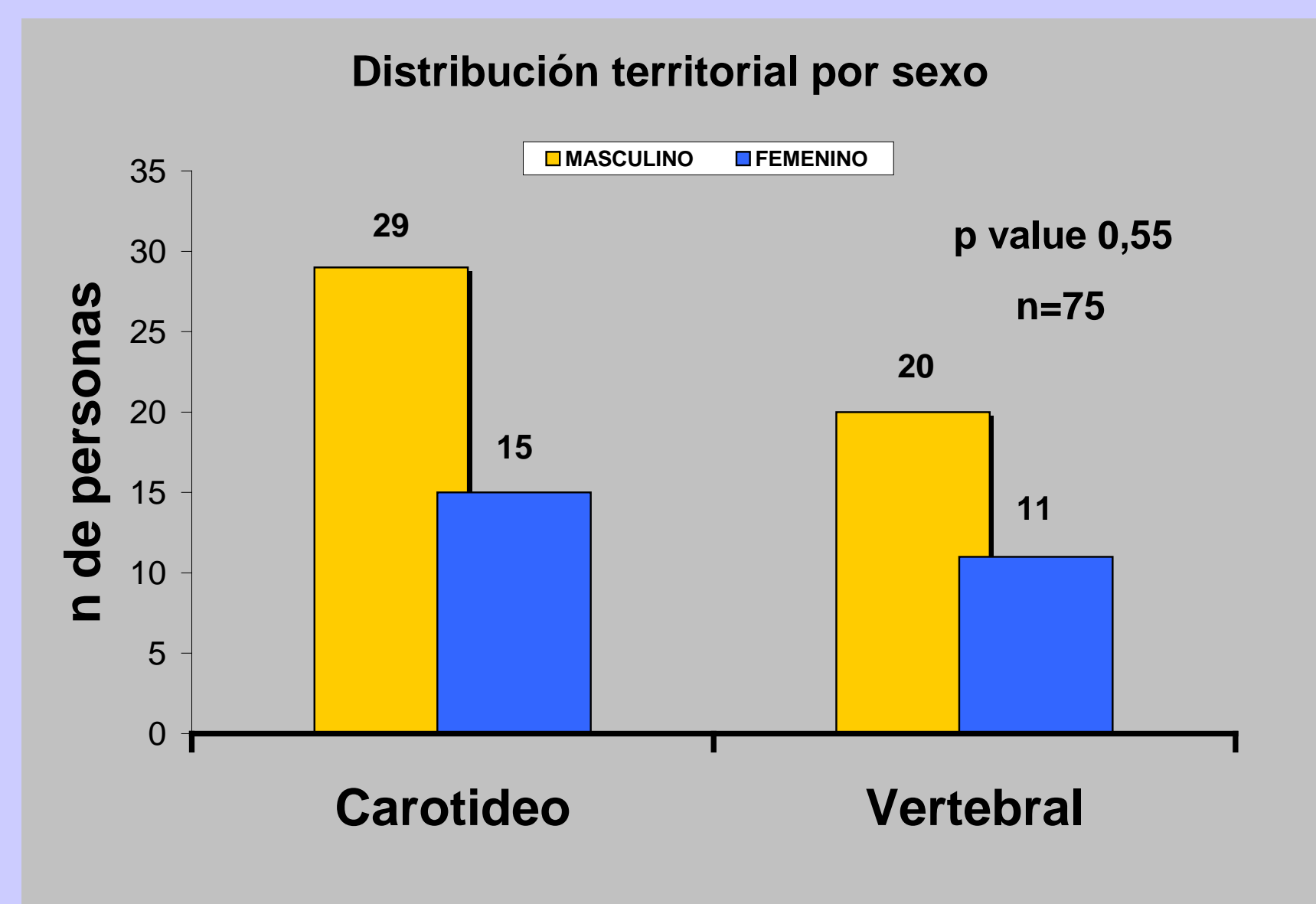
	Rankin Egreso 0-3	Rankin Egreso 4-6	Total	p value
<b>Sexo</b>				
Masculino	34 (60,7%)	11 (78,6%)	49 (65,3%)	0,35
Femenino	22 (39,3%)	3 (21,4%)	26 (34,7%)	
<b>Edad</b>	41,1 (±10,2)	38,7 (±7,3)	40,4 (±9,8)	0,41
<b>Tipo de disección</b>				
Carotídea	<b>27 (48,2%)</b>	<b>13 (92,9%)</b>	<b>44 (58,7%)</b>	<b>&lt; 0,01</b>
Vertebral	<b>29 (51,8%)</b>	<b>1 (7,1%)</b>	<b>31 (41,3%)</b>	
<b>HTA</b>	10 (17,9%)	2 (15,4%)	12 (16,2%)	0,59
<b>DM</b>	2 (3,6%)	0	2 (2,7%)	0,65
<b>Dislipidemia</b>	3 (5,6%)	1 (7,7%)	4 (5,6%)	0,58
<b>Tabaquismo</b>	27 (51,9%)	7 (63,6%)	37 (54,4%)	0,36
<b>Alcohol</b>	3 (5,9%)	1 (8,3%)	4 (5,9%)	0,58
<b>Drogas ilícitas</b>	4 (8,0%)	1 (9,1%)	5 (7,6%)	0,64

Tabla 3 Análisis de Regresión Logística Univariado para Rankin > 3

	OR	IC 95%	p value
<b>Carotideo</b>	<b>13,9</b>	<b>1,7-114,1</b>	<b>0,014</b>
<b>Sexo</b>	0,4	0,1-1,6	0,221
<b>Edad</b>	1,0	0,9-1,0	0,409
<b>HTA</b>	0,8	0,2-4,4	0,832
<b>Dislipidemia</b>	1,4	0,1-14,8	0,771
<b>Tabaco</b>	1,6	0,4-6,2	0,481
<b>Alcohol</b>	1,4	0,1-15,3	0,755
<b>Drogas</b>	1,2	0,1-11,4	0,905
<b>Cambio de Rankin</b>	0,5	0,2-1,4	0,236

Tabla 4 Análisis de Regresión Logística Univariado para Rankin mayor a 2

	OR	IC 95%	p value
<b>Disección Carotídea</b>	<b>1,14</b>	<b>1,01-1,28</b>	<b>0,024</b>
<b>Disección Vertebral</b>	<b>0,83</b>	<b>0,72-0,96</b>	<b>0,013</b>



## Conclusiones.

Las disecciones se producen en etapas más jóvenes de la vida en nuestro trabajo el promedio de edad fue de 40,4 (16-77). El territorio carotideo se asoció en forma significativa a un peor pronóstico funcional. La menor edad se asoció a un mal pronóstico en territorio carotideo y a un buen pronóstico en vertebral, esto en relación a la presencia de grandes infartos silvianos. La disección carotídea presenta 13 veces más riesgo de un RANKIN mayor a 3 al compararlo con disección vertebral. El territorio más afectado fue el carotideo. A diferencia de la disección en adulto joven, no hubo diferencia por sexo y territorio (ambos territorios se afectaron por igual en sexo masculino y femenino, a diferencia con disección en adulto joven).