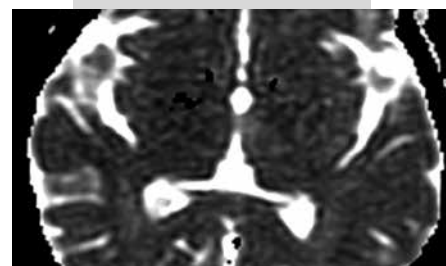


Síndrome de Percherón por infarto talámico bilateral: caso clínico y revisión de la literatura



Rafael Ricardo Ramírez-Zegarra,¹ Melissa Lisbeth Sicha-Ñahuis,² César Augusto Ramírez-Cotrina³

RESUMEN

El síndrome de Percherón es el resultado de una rara variante anatómica de la arteria que nutre el tálamo paramediano bilateral, la arteria de Percherón. La importancia de su conocimiento hace posible el diagnóstico para poder distinguirlo de otras entidades bilaterales. Presentamos el caso de una mujer de 49 años con antecedente de nefropatía crónica que ingresa al Hospital Cayetano Heredia con alteración del sensorio. En la tomografía computarizada (TC) se observan hipodensidades bitalámicas, hallazgos confirmados con estudio de resonancia magnética (RM).

PALABRAS CLAVE. Síndrome de Percherón. Tálamo paramediano bilateral. Arteria de Percherón.

ABSTRACT

Percheron syndrome is the result of a rare anatomical variant of the artery that nourishes the bilateral paramedian thalamus, the Percheron artery. The importance of their knowledge makes diagnosis possible to distinguish it from other bilateral entities. Case of a 49-year-old woman with a history of chronic kidney disease who enters the Cayetano Heredia Hospital with sensory disturbance. Computed tomography (CT) shows bitalamic hypodensities, findings confirmed with magnetic resonance imaging (MRI).

KEY WORDS. Percheron syndrome. Bilateral paramedian thalamus. Percheron artery.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Ramírez-Zegarra RR, Sicha-Ñahuis ML, Ramírez-Cotrina CA. Síndrome de Percherón por infarto talámico bilateral: caso clínico y revisión de la literatura. Rev Per Radiol. 2019;19:71-74.

CORRESPONDENCIA

Melissa Sicha-Ñahuis
melissa2907@gmail.com

- 1 Médico residente, departamento de Diagnóstico por Imágenes, Clínica Oncosalud, Lima, Perú.
- 2 Médico residente, departamento de Diagnóstico por Imágenes, Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH), Minsa, Lima, Perú.
- 3 Médico radiólogo, jefe del departamento de Diagnóstico por Imágenes, HNCH, Minsa, Lima, Perú.

INTRODUCCIÓN

Existen algunas variantes del sistema de irrigación talámica; una de ellas llamada la arteria de Percherón que irriga el tálamo paramediano y mesencéfalo bilateral. Una oclusión de esta arteria resulta en isquemia bitalámica bilateral paramediana con o sin compromiso mesencefálico. Esta peculiar presentación se debe conocer para hacer el diagnóstico temprano y certero de la patología y poder diferenciarla de alguno de sus diferenciales como lesiones tumores o infecciosas.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 49 años que 8 horas antes del ingreso se queda dormida y no logran despertarla con facilidad. Al despertarla, la paciente habla incoherencias, no reconoce a sus familiares y tiene una temperatura de 38,3 °C, por lo que la llevan a la emergencia del Hospital Cayetano Heredia. Al ingreso de a la emergencia se encontraba somnolienta, reactiva solo al estímulo doloroso, Glasgow: 15 (RO: 2, RV: 2, RM: 6); una presión de 130/80 mmHg, temperatura de 37 °C, con disminución de la fuerza muscular del miembro inferior derecho.

Antecedente de hernioplastia umbilical, hace 12 años, y nefropatía crónica, desde hace cuatro años sin tratamiento estable, que hace un año requirió diálisis durante un mes.

El estudio de tomografía craneal sin contraste, con un equipo Toshiba Alexion de 16 líneas, evidenció hipodensidades bitalámicas a predominio del lado izquierdo, por lo que se recomendó estudio de resonancia magnética (RM) cerebral. Por motivos extramédicos, se realizó una semana después. Figura 1.

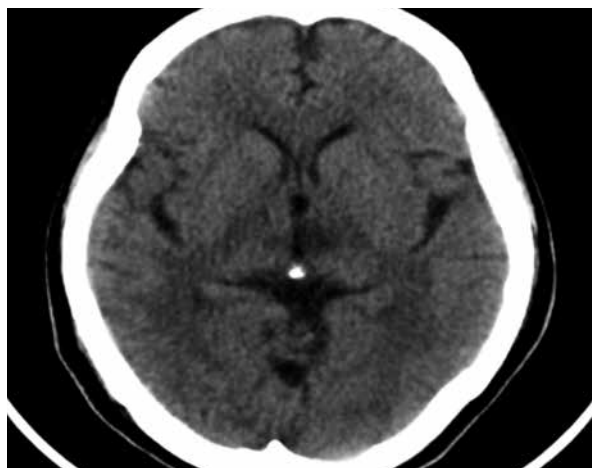


Figura 1. Corte axial de tomografía multicorte. Muestra una hipodensidad bilateral a predominio del lado izquierdo, en el tálamo medio.

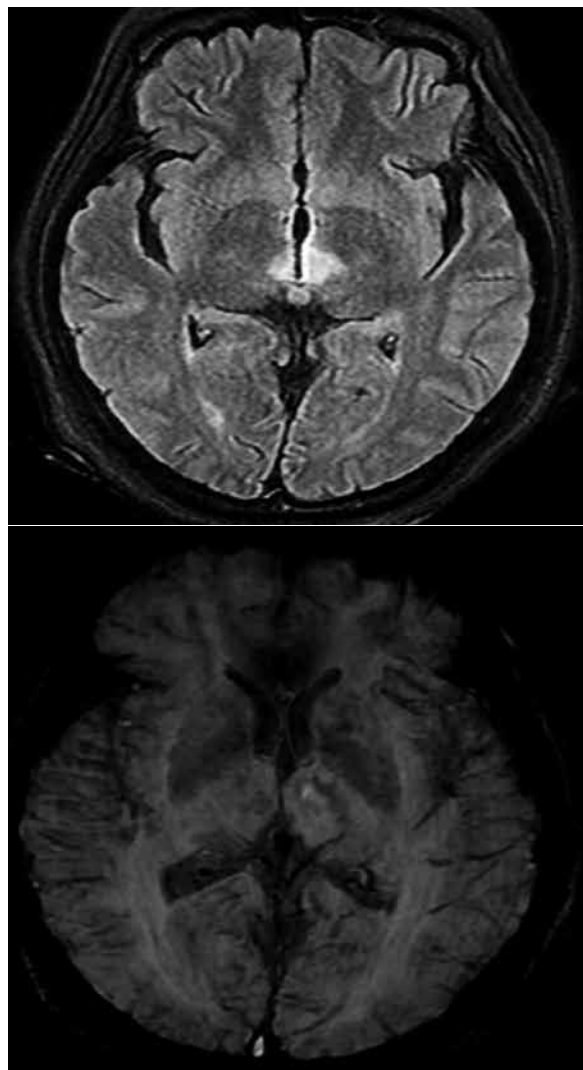


Figura 2. Imagen en FLAIR axial (A) con hiperintensidad a nivel del tálamo medial bilateral a predominio del lado izquierdo; sin artefacto de susceptibilidad en secuencia T2 ecogradiante MIP (B).

Durante este tiempo se maneja como un accidente cerebrovascular isquémico. Se evidenció mejoría del estado de conciencia, Glasgow 13 (RO: 4, RV: 3 RM: 6). Aunque persistía con disartria y desorientación.

En la RM, con un equipo GE Signa Creator de 1,5 T), se observa signos de isquemia subaguda bitalámica medial a predominio del lado izquierdo. Las imágenes muestran hiperintensidad en la secuencia Flair; restricción de la Difusión en el tálamo del lado izquierdo y leve hiperintensidad en el tálamo derecho; leve hipointensidad de señal en el Mapa ADC (Figuras 2 y 3). En la secuencia T1 con gadolinio, las lesiones presentan intensa captación del contraste (Figura 4).

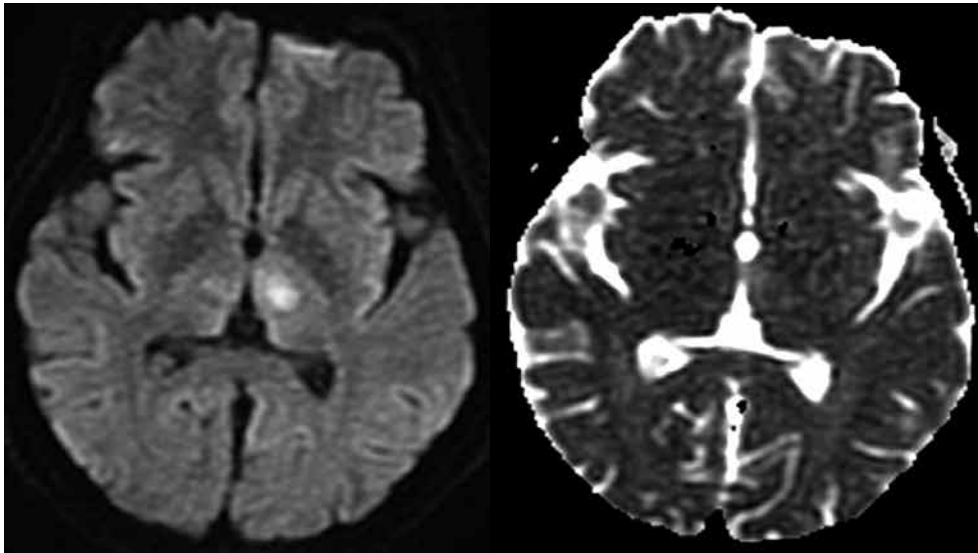


Figura 3. Secuencia de difusión (A) en B: 1000, y mapa ADC (B). Restricción de la difusión a nivel medial bitalámico con leve caída de la señal en el mapa ADC.

DISCUSIÓN

El tálamo tiene un suministro de sangre dependiente de las ramas de la arteria cerebral posterior (ACP) y de la arteria comunicante posterior (AcomP). De acuerdo al suministro de sangre, el tálamo se puede dividir en 4 regiones vasculares.

- REGIÓN ANTERIOR. Irrigada por las arterias polares (talamotuberal) que surgen de la AcomP.
- Región inferolateral. Vascularización dada por las arterias talamogénicas que surgen del segmento P2 de la ACP.
- REGIÓN POSTERIOR. Suministro proveniente de las arterias coroideas posteriores del segmento P2 de la ACP.

- REGIÓN PARAMEDIANA. Suministrada por las arterias paramedianas (tálamo-perforantes) provenientes del segmento P1 de la ACP.

Las arterias tálamo-perforantes presentan las siguientes variantes anatómicas:

- VARIANTE I. Más común. Cada arteria perforante surge de cada ACP derecha e izquierda respectivamente.
- VARIANTE II. Es asimétrica. Las arterias perforantes derecha e izquierda nacen de una misma ACP sin preferencia de lado. A su vez, se divide en dos tipos:
 - TIPO II A. Nacen independientes, en la misma ACP.
 - TIPO II B. Nacen en un tronco arterial común llamado arteria de Percherón, el cual surge del segmento P1 de una ACP.

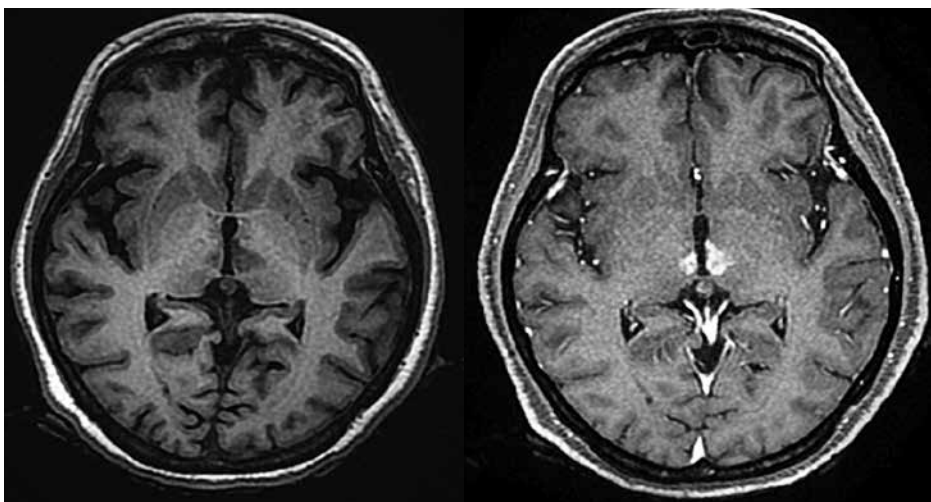


Figura 4. Secuencias ponderadas en las secuencias T1 (A) y T1 con contraste (B). Área hipointensa en zona de infarto en la secuencia T1 (A), con intensa captación de contraste (B), compatible con isquemia subaguda.

- **VARIANTE III.** Variante en forma de arco, con varias ramas perforantes que nacen de un único arco arterial, que une los segmentos P1 de ambas ACP.

Síndrome de Percherón

Se denomina así al accidente cerebrovascular isquémico en el territorio de la arteria de Percherón, el cual se traduce en isquemia a nivel del tálamo paramediano bilateral, en forma simétrica o asimétrica. Se manifiesta clínicamente como una tríada conformada por parálisis de la mirada vertical (65 %), deterioro de la memoria (58 %) y coma (42 %). Además, se asocia a trastornos oculomotores, hemiplejía, ataxia cerebelosa y trastornos del movimiento. Se acompaña de lesiones rostrales del cerebro medio, que producen un síndrome “mesencefalotalámico” o “talamopeduncular”.

Los hallazgos por imágenes comprenden:

HALLAZGOS TOMOGRÁFICOS

Sin hallazgos durante las primeras horas posteriores al infarto.

Posteriormente, se observan imágenes hipodensas focales en ambos tálamos, correspondientes a zonas de isquemia. Puede extenderse a mesencéfalo medial.

HALLAZGOS EN RM

- **T2WI:** (subagudo) Señal hiperintensa en tálamo y mesencéfalo.
- **FLAIR:** (subagudo) Señal hiperintensa en tálamo paramediano bilateral, puede presentar extensión mesencefálica medial. Signo “V”, en el axial a nivel del mesencéfalo adyacente a la fosa interpeduncular.
- **DWI:** (agudo y subagudo) Restricción a la difusión. Al igual que en FLAIR, se puede observar el signo “V”, el cual apoya al diagnóstico.

Las lesiones isquémicas bilaterales del tálamo observadas en los estudios de resonancia magnética son un hallazgo infrecuente, y reconocer este compromiso bilateral es fundamental para caracterizar el cuadro.

CONCLUSIÓN

Los infartos talámicos bilaterales son de rara presentación y se asocian a isquemia de la arteria de Percherón, variante IIB de las arterias talámicas perforantes. Se manifiesta clínicamente como el síndrome de Percherón, con la tríada de parálisis de la mirada vertical, deterioro de la memoria y coma. En este contexto clínico, los criterios diagnósticos por imagen son fundamentales.

Al inicio, el estudio es tomográfico, el cual no tiene representación dentro de las primeras horas, pero, posteriormente, se evidencia el compromiso bitalámico.

En tanto, la resonancia magnética es el estudio de elección, pues permite detectar y caracterizar la afectación talámica bilateral por medio de las diferentes secuencias mencionadas en la revisión y que se ha evidenciado en el presente caso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Urska Lamot, Ivana Ribaric, Katarina Surlan Popovic. Artery of Percheron infarction: review of literature with a case report. *Radiol Oncol* 2015; 49(2): 141-146.
2. Lazzaro NA, Wright B, Castillo M, Fischbein NJ, Glastonbury CM, Hildenbrand PG. Artery of Percheron Infarction: Imaging Patterns and Clinical Spectrum. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2010;31(7):1283-9.
3. Salinas Vela FT, Arcos Sanchez C. Síndrome de Percheron: Lesiones talámicas bilaterales. *Sanid. mil.* 2014; 70 (1): 30-32; ISSN: 1887-8571.
4. Guy Rodriguez E, Lee JA. Bilateral thalamic infarcts due to occlusion of the Artery of Percheron and discussion of the differential diagnosis of bilateral thalamic lesions. *J Radiol Case Rep*. 2013; 7(7): 7-14.
5. Monroy Rojas S, Jiménez Orozco L, Meza Cely N, Salcedo J. Infarto talámico bilateral por obstrucción de la arteria de Percherón: reporte de caso. *Neurol Colomb.* [online]. 2017;33(2):104-114.