

Infarto bulbar lateral secundario a disección de la arteria vertebral posterior a un traumatismo menor

Lateral bulbar infarction due to vertebral artery dissection following minor trauma.

Miguel González Ureña, Juan Carlos Ríos Pérez, Natalia Torre Moreno, María Calvo Villamañán Pérez, Talía Navacerrada Marín, Álvaro Pineda Torcuato

Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid, España.

Recibido: 10 de mayo 2026

Aceptado: 1 de junio 2026

Correspondencia

Álvaro Pineda Torcuato

apinedatorcuato@gmail.com

Resumen

ANTECEDENTES: El infarto bulbar lateral o de la arteria cerebelosa posteroinferior (PICA) o síndrome de Wallenberg, es una afección neurológica provocada por una falta de riego sanguíneo en alguna de las zonas irrigadas por la PICA cuyas manifestaciones generales son vértigo, náuseas, vómitos, ataxia, hipoestesia a la temperatura y al calor, síndrome de Horner, disfagia, disfonía y disartria.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 48 años, previamente sano, que inició con un síndrome de Wallenberg grave secundario a una disección traumática de la arteria vertebral, posterior a un traumatismo cervical menor. El cuadro clínico se manifestó con cefalea aguda, dolor cervical derecho, disartria, inestabilidad de la marcha, hipoestesia hemifacial y signos clínicos compatibles con síndrome de Horner. Las pruebas de imagen evidenciaron una disección de la arteria vertebral derecha en los segmentos V3-V4 y un infarto bulbar lateral derecho. Se indicó doble terapia antiagregante; posteriormente, la evolución se complicó con elevación de las concentraciones de las enzimas hepáticas, broncoaspiración y disfagia grave, lo que requirió la colocación de una gastrostomía endoscópica percutánea. A pesar de la rehabilitación, persistió la disfagia.

CONCLUSIÓN: Este caso pone de manifiesto que un traumatismo menor puede desencadenar una disección de la arteria vertebral en adultos previamente sanos. Asimismo, destaca el valor de la neuroimagen vascular temprana para el diagnóstico y subraya la importancia de un tratamiento individualizado y de una rehabilitación multidisciplinaria.

PALABRAS CLAVE: Infarto bulbar lateral; síndrome de Wallenberg; traumatismo menor; disección arterial cervical.

Abstract

BACKGROUND: Lateral bulbar infarction, also known as posterior inferior cerebellar artery (PICA) infarction or Wallenberg syndrome, is a neurological condition caused by reduced blood flow to an area supplied by the PICA. General symptoms include vertigo, nausea, vomiting, ataxia, hypoesthesia to temperature and heat, Horner's syndrome, dysphagia, dysphonia, and dysarthria.

CLINICAL CASE: A previously healthy 48-year-old male patient presented with severe Wallenberg syndrome due to traumatic vertebral artery dissection following minor cervical trauma. His clinical presentation included an acute headache, right-sided neck pain, dysarthria, gait instability, hemifacial hypoesthesia, and clinical signs consistent with Horner's syndrome. Imaging studies revealed dissection of the right vertebral artery at the T3–T4 segments and right lateral bulbar infarction. Dual antiplatelet therapy was indicated. Subsequently, the patient's condition worsened due to elevated liver enzymes, bronchial aspiration, and severe dysphagia. A percutaneous endoscopic gastrostomy was required. Despite rehabilitation, dysphagia persisted.

Este artículo debe citarse como: González-Ureña M, Ríos-Pérez JC, Torre-Moreno N, Calvo-Villamañán Pérez M, Navacerrada-Marín T, Pineda-Torcuato A. Infarto bulbar lateral secundario a disección de la arteria vertebral posterior a un traumatismo menor. *Casos Clín Med Int Méx* 2026; 2: e11180.

https://doi.org/10.24245/mim.v2idCC_MIM.11180

<https://revistamedicinainterna.mx/>

CONCLUSION: This case underscores that minor trauma can trigger vertebral artery dissection in previously healthy adults. The case also underscores the value of early vascular neuroimaging for diagnosis and emphasizes the importance of individualized treatment and multidisciplinary rehabilitation.

KEYWORDS: Lateral bulbar infarctio; Wallenberg syndrome; Minor trauma; Cervical arterial dissection.

ANTECEDENTES

El infarto bulbar lateral (síndrome de Wallenberg) es un tipo poco frecuente de ictus isquémico de la circulación posterior, causado habitualmente por oclusión o disección de la arteria vertebral. La disección arterial cervical representa hasta el 20% de los ictus isquémicos en adultos jóvenes, con frecuencia posteriores a traumatismos menores o esfuerzo físico. El diagnóstico puede resultar complejo y el reconocimiento temprano es fundamental para iniciar un tratamiento adecuado y prevenir complicaciones.¹

Esas manifestaciones son consecuencia de la isquemia en las estructuras irrigadas por la arteria cerebelosa posteroinferior e incluyen la afectación de los siguientes componentes: pedúnculo cerebeloso inferior, núcleo espinal del trigémino, conductos espinal del trigémino y espinotalámico, núcleo ambiguo y las fibras simpáticas preganglionares descendentes.² Por su parte, el síndrome de Horner se caracteriza por la coexistencia de la tétada de miosis, ptosis, enoftalmos y anhidrosis, síntomas que resultan de la interrupción en la vía simpática encargada de la inervación ocular.^{3,4}

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 48 años, previamente sano, con una forma grave de síndrome de Wallenberg secundaria a disección de la arteria vertebral luego de un traumatismo menor. Acudió al servicio de urgencias del Hospital Puerta de Hierro por inicio agudo de cefalea, dolor cervical derecho, disartria, inestabilidad de la marcha e hipoestesia hemifacial al despertar. Se activó el código ictus para garantizar una rápida valoración neurológica.

En la exploración, el paciente se encontró con ptosis derecha, con movimientos extraoculares conservados (sugeres de síndrome de Horner), nistagmo en dextroversión y superversión (más marcado en el ojo derecho), hipoestesia hemifacial derecha y asimetría facial con aplanamiento del surco nasogeniano derecho y disminución de la elevación de la comisura oral derecha. Entre otros hallazgos destacaron la disminución del reflejo nauseoso y la disfagia.

La tomografía computada craneal, sin contraste, no mostró hallazgos relevantes. La angio-TAC evidenció un defecto en el llenado ventricular en el segmento V3-V4 de la

arteria vertebral derecha,¹ compatible con disección arterial. La resonancia magnética cerebral confirmó un infarto bulbar lateral derecho,² con lo que se estableció el diagnóstico final de: infarto bulbar lateral derecho (síndrome de Wallenberg) secundario a disección de la arteria vertebral y disección traumática de los segmentos distales V3-V4 de la arteria vertebral derecha.

Con base en lo anterior se indicó tratamiento con doble antiagregación (ácido acetilsalicílico y clopidogrel) y atorvastatina que, posteriormente, se suspendió debido a elevación de las enzimas hepáticas. La evolución hospitalaria se complicó con broncoaspiración que requirió tratamiento empírico con antibiótico y disfagia grave que precisó la colocación de una gastrostomía endoscópica percutánea.

Luego de varias semanas de rehabilitación motora y logopedia, el paciente consiguió la recuperación motora parcial, aunque al alta aún persistía la disfagia moderada.

DISCUSIÓN

La disección arterial cervical es una causa reconocida, aunque poco frecuente de ictus de la circulación posterior, sobre todo en adultos jóvenes sin factores de riesgo vascular.¹ La disección de la arteria vertebral puede aparecer luego de traumatismos menores o movimientos bruscos del cuello y debe sospecharse en pacientes con síntomas de circulación posterior de nueva aparición y dolor cervical ipsilateral.^{2,3}

El traumatismo menor craneal o cervical es un desencadenante conocido de la disección arterial cervical, especialmente de la arteria vertebral. Esto incluye manipulación cervical, hiperextensión (como en accidentes de tráfico por impacto posterior) o lesiones deportivas, y suele preceder al inicio de los síntomas en horas o días. El mecanismo se explica por una rotura o desgarramiento de los vasos nutricios de la pared de los vasos sanguíneos que conduce a la formación de un hematoma intramural y, finalmente, a estenosis u oclusión arterial.^{4,5}

En este caso, el diagnóstico se sustentó en la imagen vascular (angio-TC) y en la resonancia magnética cerebral, que demostraron la disección arterial subyacente y el infarto resultante.

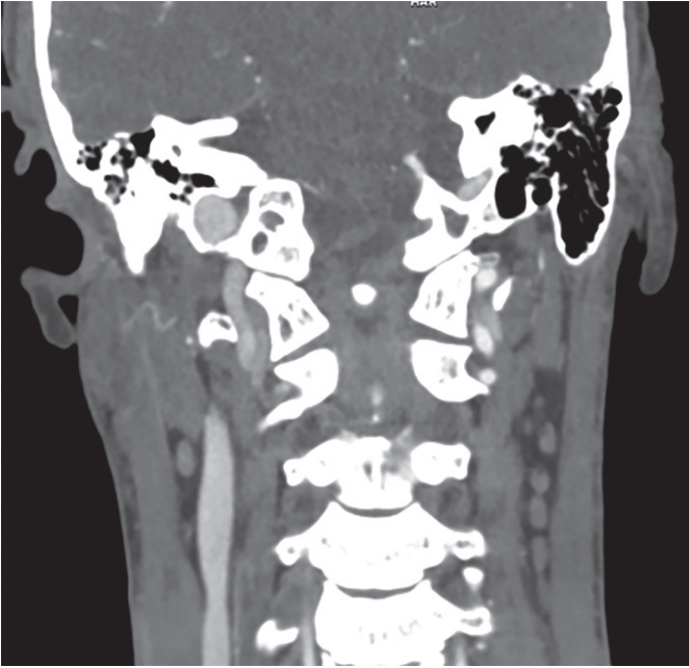


Figura 1. Defecto de llenado en la angiografía por tomografía computada en el segmento V3-V4 de la arteria vertebral derecha.

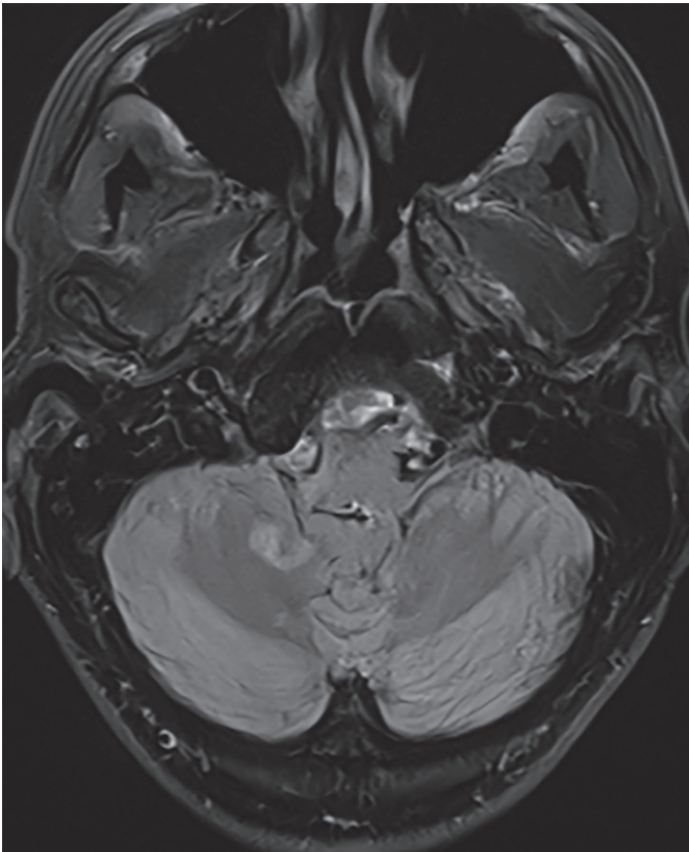


Figura 2. Resonancia magnética cerebral: infarto medular lateral derecho.

El tratamiento óptimo de la disección arterial cervical sigue siendo motivo de discusión. La evidencia procedente de ensayos aleatorizados, incluido el estudio CADISS, no ha demostrado una superioridad clara de la anticoagulación frente al tratamiento antiagregante en la prevención de nuevos eventos isquémicos. La doble antiagregación

suele elegirse en la fase aguda, aunque es necesario individualizar el tratamiento según las comorbilidades y complicaciones del paciente.^{1,4,5}

La gravedad de la disfagia, en este caso, requirió la colocación de una gastrostomía endoscópica percutánea, lo que pone de manifiesto el potencial de secuelas discapacitantes pese a un diagnóstico y tratamiento tempranos. La rehabilitación temprana y la atención multidisciplinaria son fundamentales para optimizar los desenlaces funcionales.^{4,5}

CONCLUSIÓN

El caso expuesto ilustra que la disección de la arteria vertebral, incluso luego de un traumatismo menor, puede provocar un ictus grave de la circulación posterior en individuos previamente sanos. El síndrome de Wallenberg, con déficits neurológicos marcados, debe hacer considerar a los clínicos la posibilidad de disección de la arteria vertebral e iniciar estudios tempranos de imagen. El conocimiento de esta asociación, junto con un tratamiento y rehabilitación tempranos, es decisivo para mejorar el pronóstico.

DECLARACIONES

Financiamiento-apoyo

Esta investigación no recibió financiamiento.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Reserva

Este caso no ha sido presentado ni publicado previamente en ninguna forma.

Declaración de consentimiento del paciente

Se solicitó consentimiento verbal al paciente.

Aprobación ética

No fue necesaria.

Contribuciones de los autores

Todos contribuyeron al concepto y diseño, adquisición de datos, análisis e interpretación, redacción del manuscrito y revisión crítica de su contenido intelectual relevante. Todos los autores tuvieron acceso completo a los datos, aprobaron la versión final para su publicación y asumen la responsabilidad de su exactitud e integridad.

REFERENCIAS

1. Menon R, Kerry S, Norris JW, Markus HS. Treatment of cervical artery dissection: a systematic review and meta-analysis. *Stroke* 2008; 39 (2): 665-670. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.107.490383>
2. Dettle S, Leys D. Cervical-artery dissections: predisposing factors, diagnosis, and outcome. *Lancet Neurol*

- 2009; 8 (7): 668-678. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(09\)70084-5](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(09)70084-5)
3. Markus HS, Hayter E, Levi C, et al. Antiplatelet therapy vs anticoagulation in cervical artery dissection: the CADISS randomized trial. *Lancet Neurol* 2015; 14 (4): 361-367. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(15\)70018-9](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(15)70018-9)
 4. Kim YK, Schulman S. Cervical artery dissection: pathology, epidemiology and management. *Thromb Res* 2009; 123 (6): 810-821. <https://doi.org/10.1016/j.thromres.2009.01.013>
 5. Schievink WI. Spontaneous dissection of the carotid and vertebral arteries. *N Engl J Med* 2001; 344 (12): 898-906. <https://doi.org/10.1056/NEJM200103223441206>