

XVII Reunión Anual de la Sociedad Neurológica Asturiana

Gijón, Asturias, 4 de abril de 2014

COMUNICACIONES ORALES

01.

Presentación del documento de consenso de la Sociedad Neurológica Asturiana sobre el uso de biomarcadores de la enfermedad de Alzheimer en líquido cefalorraquídeo

C. Martínez Rodríguez^a, R. Alonso Arias^b, T. Calatayud Noguera^c, M. Menéndez González^d, J.A. Vidal Sánchez^e

^aSección de Neurología. Hospital de Cabueñes. ^bServicio de Inmunología. ^cServicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias. ^dSección de Neurología. Hospital Álvarez Buylla. ^eSección de Neurología. Hospital San Agustín.

Introducción. La enfermedad de Alzheimer (EA) es la causa más frecuente de demencia. Recientemente se han publicado unos nuevos criterios diagnósticos de EA, los criterios NIA-AA, que utilizan el valor añadido de los biomarcadores para conocer si el sustrato fisiopatológico responsable del deterioro cognitivo es tipo Alzheimer. El Grupo de Trabajo en Demencia de la Sociedad Neurológica Asturiana ha elaborado un protocolo de uso de biomarcadores en la EA y, gracias a la colaboración con el Servicio de Inmunología del Hospital Universitario Central de Asturias, todos los neurólogos del Servicio de Salud pueden tener acceso a estas determinaciones. **Desarrollo.** Se presentan las ventajas del método frente a los actuales métodos diagnósticos, los criterios de selección de pacientes, el consentimiento informado, la metodología de obtención y remisión de muestras biológicas y el procedimiento de interpretación de resultados. **Conclusiones.** La combina-

ción de la determinación de las proteínas tau y β -amiloide₁₋₄₂ en líquido cefalorraquídeo proporciona una sensibilidad del 95% y una especificidad del 83% para la detección de EA como sustrato de un deterioro cognitivo leve. La disponibilidad de la determinación de biomarcadores supondrá disponer para todos los neurólogos de una herramienta diagnóstica de gran valor añadido al método clínico, y esperamos que el presente documento ayude al conocimiento extenso y homogéneo que se necesita para optimizar su rendimiento.

02.

Análisis de la atención hospitalaria al ictus en el Área Sanitaria III. Estudio de las diferencias de asistencia con otras áreas

J.A. Vidal Sánchez^a, S. Calleja Puerta^b, I. Casado Menéndez^c, L. Benavente Fernández^b, T. Temprano Fernández^c, en nombre del Grupo de Trabajo en Ictus de la Sociedad Neurológica Asturiana

^aHospital San Agustín. ^bUnidad de Ictus. Hospital Universitario Central de Asturias. ^cUnidad de Ictus. Hospital de Cabueñes.

Introducción. En la actualidad, la atención al ictus agudo para los pacientes de nuestra autonomía subsidiarios de tratamiento de reperusión cerebral (fibrinólisis o trombectomía) pasa por el dispositivo de código ictus del Servicio de Asistencia Médica de Urgencias (SAMU) y las unidades de ictus (UI) del Área IV—Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA)— y del Área V—Hospital de Cabueñes (HC)—. En dichas UI también ingresan el resto de ictus del Área IV y V, de acuerdo con los criterios de ingreso generales en las UI, y son atendidos con la dotación

recomendada como estándar por las actuales guías europeas, nacionales y autonómicas. En el Área III, los pacientes no trasladados para reperusión no disponen de acceso a UI. **Objetivo.** Cuantificar los pacientes del Área III que cumplirían criterios de ingreso en una UI y compararlo con los atendidos en las UI existentes. **Pacientes y métodos.** Se han recogido los registros del Conjunto Mínimo Básico de Datos del año 2012 correspondientes a los pacientes ingresados con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular aguda en el Hospital San Agustín (HSA), y se han comparado con los datos proporcionados por los registros internos de las UI del HUCA y del HC. Intentando corregir la dificultad para comparar ambas muestras, dada su heterogeneidad, se excluyeron en los datos del HSA pacientes que no cumplirían criterios de inclusión al ingreso; también se consideraron no comparables pacientes reperfundibles y *exitus*, y en caso de duda, con criterios de mínimos. **Resultados.** En 2012 se codificaron en el HSA 509 eventos como enfermedad cerebrovascular, de los cuales 319 (IC 95% = 175-501) cumplirían criterios de ingreso en una UI, con los criterios de inclusión de las UI. En las UI que actualmente funcionan en Asturias se han atendido 472 (HUCA) y 460 (HC) pacientes. **Conclusiones.** De 1.521 pacientes de las tres áreas con características similares, 319 (25,1%) no recibieron atención en una UI, de acuerdo con los estándares de calidad programados por los propios criterios del Servicio de Salud, por pertenecer al Área Sanitaria III. Este análisis debería ampliarse al resto de áreas de Asturias. Debería reevaluarse la actual disposición asistencial para reducir las inequidades geográficas.

03.

Código ictus en Asturias. Primer año de la guardia de neuroradiología intervencionista

L. Benavente^a, D. Larrosa^a, P. Vega^b, M. González^b, E. Murias^b, J. Vega^a, J.A. Vidal^c, I. Casado^d, B. Castaño^e, V. de la Vega^f, T. Temprano^d, M. Amorín^g, H. Santos^h, S. Calleja^a

^aUnidad de Ictus. Servicio de Neurología. ^bNeuroradiología Intervencionista. Servicio de Radiología. Hospital Universitario Central de Asturias. ^cSección de Neurología. Hospital San Agustín. ^dUnidad de Ictus. Sección de Neurología. Hospital de Cabueñes. ^eSección de Neurología. Hospital Valle del Nalón. ^fSección de Neurología. Hospital Álvarez Buylla. ^gSección de Neurología. Hospital de Jove. ^hSección de Neurología. Hospital de Jarrio.

Introducción. La trombólisis intravenosa con alteplasa es un tratamiento efectivo para el ictus isquémico si se aplica dentro de las primeras 4.5 horas, pero al que acceden menos del 15% de los pacientes. La trombectomía mecánica recanaliza más obstrucciones proximales en las grandes arterias, pero aún faltan estudios que consoliden su papel. **Pacientes y métodos.** Se analizan variables epidemiológicas, clínicas y recanalizadoras de los pacientes tratados en el Hospital Universitario Central de Asturias como código ictus durante el primer año de la guardia de neuroradiología intervencionista (junio 2012-junio 2013). Teniendo en cuenta este nuevo recurso, las circunstancias poblacionales y geográficas de nuestra región, y la dotación de dos unidades de ictus, se plantea la reorganización del código ictus dentro de nuestra comunidad, buscando la optimización del tiempo y la adecuación a cada paciente. **Resultados.** Se realizaron 129

tratamientos repermeabilizadores: 60 fibrinólisis intravenosas, 54 tratamientos endovasculares y 15 tratamientos combinados. La independencia funcional a los tres meses (Rankin modificado ≤ 2) fue del 67% para el tratamiento intravenoso y del 60% para el endovascular. Había oclusiones tándem ACI-ACMI o ACMI en el 11,6% del tratamiento intravenoso y el 72,5% del endovascular, donde además el 18,8% era TICA, y el 8,7%, AB. La hemorragia intracraneal sintomática o hemorragia mayor se dio en el 3,2% y 13,7%, respectivamente. **Conclusiones.** Las modificaciones en el código ictus de Asturias permiten ofrecer tratamientos recanalizadores con buenos resultados, buscando la equidad y optimizando el manejo del binomio gravedad-tiempo para ofrecer a cada paciente el tratamiento adecuado en el menor plazo de tiempo posible y en condiciones de seguridad.

04.

Beneficios de la atención en unidades de ictus. Análisis por subgrupos de pacientes

I. Casado^a, T. Temprano^a, S. Rodríguez^b, J.M. Asensi^a, J.F. Arenillas^c, C. González^a, A. Gómez-Díaz Castroverde^a, D.M. Solar^a

^aHospital de Cabueñes. Gijón.

^bHospital Virgen de la Concha. Zamora.

^cHospital Clínico Universitario. Valladolid.

Introducción. El ictus es una de las principales causas de mortalidad y de dependencia en nuestra sociedad. La atención al ictus ha cambiado radicalmente en los últimos años. El tratamiento fibrinolítico y la atención a los pacientes en unidades especializadas, conocidas como unidades de ictus (UI), son los principales responsables de este cambio. A pesar de los múltiples estudios científicos que avalan el efecto beneficioso de las UI, su implantación en nuestro territorio nacional es aún insuficiente, especialmente debido al coste inicial que requiere su puesta en marcha, a pesar de su óptima relación coste-beneficio a medio-largo plazo. Debido a la escasez de camas de UI, es preciso optimizar su utilización y para ello resulta imprescindible conocer qué enfermos se benefi-

cian en mayor medida de este modelo de atención. **Pacientes y métodos.** Para dar respuesta a esta cuestión, se ha desarrollado un estudio en el que se compara de modo retrospectivo una cohorte de pacientes con diagnóstico de ictus (isquémico o hemorrágico) atendidos en una planta general de neurología frente a otra cohorte de pacientes atendidos en una UI, y se han realizado numerosos análisis por subgrupos (edad, sexo, gravedad inicial, tipo de ictus...) con el fin de establecer qué pacientes se benefician más y en qué medida. **Resultados.** Los resultados demuestran las ventajas de este modelo de atención, reduciendo la probabilidad de muerte o dependencia tanto al alta como a los seis meses, y aumentando la probabilidad de estancia en domicilio a los seis meses. **Conclusiones.** Los pacientes más beneficiados son los de edades comprendidas entre 61 y 79 años, los que sufren un ictus isquémico con afectación parcial del territorio vascular anterior, y aquellos en los que la gravedad inicial es mayor. Igualmente, la atención en una UI se asocia con una reducción significativa de complicaciones médicas durante la estancia hospitalaria y disminuye la probabilidad de recurrencia de la enfermedad a medio plazo.

05.

Alexia fonológica y léxica, diferencias en el examen neuropsicológico. Presentación de dos casos

M. Rico Santos^a, J. Álvarez Carriles^b

^aInstituto Neurológico Doctor Mateos.

^bServicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción. La lectura es una tarea compleja en la que intervienen varias áreas cerebrales. Depende no sólo de la capacidad visual, sino de la posibilidad de percibir las letras como tales y de visualizarlas como un conjunto al que se le atribuye un significado determinado. Existen además vías alternativas que permiten interpretar palabras cuyo significado se desconoce. En base a estos conceptos se distinguen dos vías implicadas en el pro-

ceso de lectura: la vía léxica y la fonológica, cuya lesión determinará las manifestaciones clínicas de los pacientes neurológicos. **Casos clínicos.** Presentamos a modo de ejemplo dos pacientes representativos de alexia fonológica y alexia de tipo léxico secundarios a lesión vascular. A través de su examen neuropsicológico, explicaremos los circuitos neuronales que permiten interpretar y emitir la palabra escrita y cómo la incapacidad para la lectura de vocablos específicos puede permitir determinar la localización de una lesión cerebral. **Conclusión.** El conocimiento de estas vías de modo detallado puede ayudar no sólo a la práctica clínica diaria, sino a una mejor comprensión de las necesidades de los pacientes en la fase subaguda de su enfermedad, pudiendo orientar una posterior rehabilitación dirigida.

06.

Zonisamida y cognición: a propósito de un caso de epilepsia del lóbulo temporal candidato a cirugía de la epilepsia

J. Álvarez Carriles^a, A. Moral^b, A. García^b

^aUnidad de Neuropsicología Clínica. Servicio de Psiquiatría. ^bServicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción. La evaluación neuropsicológica, a través de diferentes procedimientos, constituye la principal herramienta para la prevención del deterioro cognitivo posquirúrgico en pacientes con epilepsia del lóbulo temporal farmacorresistente y candidatos a cirugía de la epilepsia. Entre las variables a considerar en dicho estudio prequirúrgico, la presencia de fármacos antiepilépticos que puedan alterar el perfil neuropsicológico debe considerarse con especial cautela. **Caso clínico.** Mujer de 38 años, diestra, diagnosticada de epilepsia del lóbulo temporal izquierdo, secundaria a una esclerosis mesial, farmacorresistente y candidata a cirugía. Su tratamiento actual para la epilepsia constaba de levetiracetam, lacosamida y zonisamida. Entre otros antecedentes personales, destacaba una meningitis sufrida en la infancia y un trastorno de-

presivo de larga evolución en tratamiento con escitalopram y mirtazapina. La evaluación neuropsicológica inicial evidenció un déficit significativo de la memoria episódica anterógrada (tanto verbal como visual), lo que contraindicaba una potencial cirugía. No obstante, también mostraba signos marcados de disfunción ejecutiva (fluidez verbal incluida) y un moderado enlentecimiento en el procesamiento de la información, lo cual sugería una alteración funcional difusa, más que focal, y en la que la zonisamida podría estar desempeñando un papel relevante. Se procedió a la retirada de la zonisamida durante tres meses y en una evaluación neuropsicológica posterior se comprobó la normalización de todos los parámetros cognitivos previamente alterados, lo que permitió un nuevo replanteamiento del abordaje quirúrgico. **Conclusión.** Se discuten los principales efectos cognitivos de los fármacos antiepilépticos, con especial atención a las sulfonamidas como la zonisamida y el topiramato.

07.

Polineuropatía periférica como manifestación de amiloidosis: a propósito de dos casos

C. García-Cabo Fernández^a, C. Ramón Carballo^a, C. Nicolás^b, M.R. Álvarez Escudero^a, P. Sánchez Lozano^a, G. Morís de la Tassa^a

^aServicio de Neurología. ^bServicio de Hematología. Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción. El término 'amiloidosis' comprende una serie heterogénea de trastornos, caracterizados todos ellos por la presencia de una proteína no soluble que tiñe con rojo Congo y que provoca una disrupción de la estructura y función del tejido en que se deposita. La polineuropatía periférica es una complicación común de algunas amiloidosis sistémicas, que puede presentarse como manifestación de una amiloidosis primaria o en forma de polineuropatía familiar amiloidótica. **Casos clínicos.** Revisamos las manifestaciones clínicas y las características neurofisiológicas de dos pacien-

tes diagnosticados de polineuropatía secundaria a amiloidosis en el contexto de los subtipos descritos. Caso 1: varón con biopsia positiva para amiloidosis primaria en grasa abdominal, electromiografía compatible con polineuropatía mixta de predominio axonal y buena respuesta a dosis altas de melfalán y corticoterapia. Caso 2: varón con diagnóstico de polineuropatía familiar amiloidótica, biopsia positiva para amiloide en el nervio sural y estudio neurofisiológico compatible con polineuropatía sensitivomotora de predominio axonal, en este caso con mala respuesta a tratamiento corticoideo. **Conclusiones.** La amiloidosis sistémica es un grupo heterogéneo de entidades con afectación multiorgánica. La afectación del sistema nervioso periférico es común y puede presentarse en forma de polineuropatía sensitivomotora, confundiendo en algunos casos con polineuropatía secundaria a diabetes o a patología autoinmune. Debido a su infausto pronóstico debe estar presente, por tanto, en el diagnóstico diferencial.

08.

Síndromes MELAS y SANDO como ejemplos de afectación nerviosa central y periférica en patología mitocondrial

A.I. Pérez Álvarez^a, C. García-Cabo Fernández^a, R. Álvarez Escudero^a, E. Santamarta Liébana^b, A. Sáiz Ayala^b, P. Carvajal García^c, E. García Carús^d, M.V. Álvarez^e, C. Ramón Carbajo^a, J. Pascual Gómez^a, G. Morís de la Tassa^a

^aServicio de Neurología. ^bServicio de Radiodiagnóstico. ^cServicio de Neurofisiología Clínica. ^dServicio de Medicina Interna. ^eServicio de Genética Molecular. Hospital Universitario Central de Asturias.

Objetivo. Presentar el caso de dos pacientes afectos de sendas enfermedades mitocondriales cuya manifestación principal asienta en el sistema nervioso. **Casos clínicos.** Caso 1: mujer de 32 años de talla baja, trasplantada renal por insuficiencia renal crónica, hipoacusia y cefaleas recurrentes, que consultó por un empeoramiento de éstas. En la exploración destacaba ag-

nosia táctil en la mano izquierda y en una resonancia magnética craneal se objetivaba una lesión hiperintensa en T₂ y FLAIR temporoparietal derecha. El estudio genético demostró una mutación A3243G en el gen *MT-TL1*. Caso 2: mujer de 38 años con hipotiroidismo y leve hipoacusia, que consultó por dolor y parestesias en ambos pies que le dificultaban la marcha desde hacía dos años antes, al presentar hipoalgnesia, hipopalestesia e hipoestesia artrocinética en ellos. Se demostró una polineuropatía axonal sensitiva y una alteración en la transmisión de la vía somestésica cordonal posterior. El análisis genético demostró una mutación en *POLG1*. **Conclusiones.** Las enfermedades mitocondriales producen disfunción de la fosforilación oxidativa con déficit energético que condiciona una afectación multisistémica, con predominio del sistema nervioso por sus elevados requerimientos energéticos. Los síndromes MELAS y SANDO se originan por una disfunción de la cadena respiratoria mitocondrial cuya manifestación principal asienta sobre el sistema nervioso central en el primer caso y en el sistema nervioso periférico en el segundo. Se sospecha en pacientes jóvenes con alteración orgánica multisistémica y el diagnóstico definitivo consiste en demostrar la mutación mediante estudio genético.

PÓSTERS

P1.

Fractura bilateral de húmero proximal: una complicación seria de las crisis convulsivas

M.R. Álvarez Escudero^a, A. Gadañón García^b, M. Suárez Pinilla^a, J. Martínez Ramos^a, P. Sánchez Lozano^a, G. Morís de la Tassa^a

^aServicio de Neurología. ^bServicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción. En relación con las crisis epilépticas se han descrito varios tipos de fracturas óseas, ya sean secunda-

rias al traumatismo o como consecuencia directa del propio evento. Las fracturas bilaterales de las extremidades son una complicación rara de las crisis tónicoclónicas generalizadas, casi siempre infradiagnosticadas. **Caso clínico.** Mujer de 69 años, con diagnóstico previo de demencia frontotemporal, que ingresó por un cuadro de vómitos y una primera crisis tónicoclónica generalizada sin traumatismo aparente. Durante su ingreso la paciente refirió múltiples quejas de dolor en ambos miembros superiores que se asociaban a una importante limitación para la movilización de ambos hombros. En la exploración física se objetivaba un hematoma en la cara interna de los miembros superiores, sin evidenciarse alteraciones vasculares distales ni neurológicas asociadas. El estudio mediante radiografía confirmó la fractura bilateral de ambos húmeros en su porción proximal. De cara al tratamiento, se decidió adoptar una actitud conservadora dado el estado cognitivo y funcional previo de la paciente. **Conclusiones.** Las crisis epilépticas convulsivas son la causa más frecuente de fractura bilateral de húmero. A pesar de que el pronóstico de estas fracturas es serio y que generalmente precisan tratamiento quirúrgico, el diagnóstico se retrasa en numerosas ocasiones. El dolor de hombro tras una crisis epiléptica debe poner en alerta para descartar este tipo de lesiones.

P2.

Presentación del protocolo de determinación de las bandas de IgM en el Hospital Universitario Central de Asturias

E. Cernuda Morollón, J. Villafani Echazú, P. Oliva Nacarino

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias.

El diagnóstico de la esclerosis múltiple se basa en criterios de consenso clínicos y paraclínicos en los que desempeña un papel preponderante la resonancia magnética. La determinación de las bandas oligoclonales de IgG en el líquido cefalorraquídeo es un parámetro ampliamente utilizado co-

mo herramienta diagnóstica en las enfermedades desmielinizantes. Son un reflejo del posible papel que desempeñan las células B en la etiopatogenia de la enfermedad. Más recientemente se han descrito otros biomarcadores en el líquido cefalorraquídeo que podrían constituirse como factores pronósticos en la esclerosis múltiple. Entre ellos, uno de los que ha mostrado una mayor utilidad es la presencia de bandas de IgM en el líquido cefalorraquídeo. Presentamos las características del proyecto de investigación puesto en marcha en el Servicio de Neurología del Hospital Universitario Central de Asturias sobre la detección de bandas oligoclonales como herramienta de apoyo diagnóstico en pacientes con esclerosis múltiple.

P3.

Síndrome de Pisa en relación con la toma de donepecilo: a propósito de un caso

D. Santirso, J. Mier, T. Temprano, A. Figueroa, S. Flórez, J.M. Asensi, C. Martínez

Hospital de Cabueñes.

Introducción. El síndrome de Pisa es un tipo de distonía infrecuente caracterizada por una flexión lateral del tronco. Generalmente se asocia a tratamiento con medicación neuroleptica y con menos frecuencia se hallan casos idiopáticos o relacionados con enfermedades neurodegenerativas. Sin embargo, en la última década se han descrito algunos casos secundarios a la toma de inhibidores de la acetilcolinesterasa. **Caso clínico.** Mujer de 69 años en seguimiento por deterioro cognitivo de presumible origen vascular, en tratamiento con donepecilo, que consultó en urgencias por clínica progresiva de meses de evolución de alteración de la marcha, consistente en progresiva inclinación lateral del tronco hacia la izquierda. Tras realizar una tomografía computarizada craneal que descartase patología estructural, se procedió a la retirada del donepecilo, con lo que las quejas de la paciente se resolvieron. **Conclusiones.** Aunque la fisiopatología del síndrome de Pisa no se ha establecido por

completo, la asociación con la toma de medicación neuroléptica y la mejora con trihexifenidilo sugeriría un desequilibrio entre los sistemas dopaminérgico y colinérgico. Por tanto, teóricamente, un exceso de acetilcolina podría ser otro factor favorecedor de esta entidad.

P4.

Encefalopatía MERS: una entidad clinicoradiológica benigna

C. García-Cabo Fernández^a, W.J. Villafani Echazú^a, E. Santamarta Liebana^b, A. Sainz Áyala^b, A.I. Pérez Álvarez^a, J.C. Martínez Ramos^a, P. Oliva Nacarino^a

^a Servicio de Neurología. ^b Servicio de Radiología. Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción. La encefalitis-encefalopatía leve asociada a lesión de cuerpo calloso –*mild encephalitis-encephalopathy with a reversible isolated splenial corpus callosum lesion* (MERS)– es una entidad clinicoradiológica asociada a múltiples etiologías que tie-

nen en común la demostración de una lesión en el esplenio del cuerpo calloso evidenciada por resonancia magnética, sin alteración del resto del parénquima cerebral. **Caso clínico.** Varón de 33 años, previamente sano, que presentó una crisis tónicoclónica generalizada, seguida de un cuadro confusional de una semana de evolución. En el análisis del líquido cefalorraquídeo se halló una ligera hiperproteinoorraquia y la resonancia magnética mostró una lesión de 10 mm en el esplenio de cuerpo calloso, hiperintensa en FLAIR y T₂, que restringía en difusión y no captaba contraste tras la infusión de gadolinio. Después de una semana, el paciente presentó mejoría del cuadro clínico sin tratamiento específico. En un control de resonancia magnética posterior se objetivó la desaparición de la lesión en el esplenio del cuerpo calloso. **Conclusión.** La MERS es una entidad clinicoradiológica benigna que responde a múltiples causas y no precisa tratamiento específico, por lo que debe diferenciarse de otras lesiones del cuerpo calloso que conllevan un pronóstico desfavorable.

P5.

Agenesia de la arteria carótida interna, un hallazgo incidental

M.A. Figueroa Arenas, S.M. Flórez Pico, C. González Rodríguez, M. Díaz González, D. Santirso Rodríguez, D.M. Solar Sánchez
Hospital de Cabueñes.

Objetivo. Presentar un caso de agenesia de la arteria carótida interna, junto con una revisión de esta patología.

Caso clínico. Paciente de 35 años con síndrome vestibular tras un accidente de tráfico. Hipoacusia derecha probablemente secundaria a parotiditis de la infancia. En la exploración refería hipoacusia derecha y diplopía horizontal en la mirada a la derecha. Análisis, electrocardiograma y tomografía computarizada craneal, normales. En una ecografía Doppler transcraneal no se visualizó el segmento A1 derecho. Angiorresonancia: la carótida común izquierda se originaba en el tronco braquiocefálico; en el lado derecho no se visualizaba la arteria carótida interna; la arteria cerebral anterior

se nutría a través de la arteria comunicante anterior, y la arteria cerebral media, a través de la arteria comunicante posterior ipsilateral. Tomografía computarizada de peñascos: ausencia del canal carotídeo intrapetroso derecho. **Conclusiones.** La agenesia, aplasia e hipoplasia de la arteria carótida interna tiene una incidencia menor del 0,01%. Se debe a una alteración en la embriogénesis durante las primeras semanas de desarrollo, cuando la arteria carótida interna se desarrolla a partir del tercer arco aórtico y la aorta dorsal. La clínica es inespecífica y se trata en la mayoría de casos de un hallazgo incidental, ya que la circulación colateral del polígono de Willis se encarga de mantener el flujo. Lee clasifica la circulación colateral en seis variedades, siendo la tipo A, presente en nuestro paciente, la más frecuente. Esta patología se asocia a diversas anomalías vasculares, como el incremento del porcentaje de aneurismas cerebrales, en un 25-43%.