

LISTA DE VERIFICACIÓN CLÍNICA: ICTUS DE FOSA POSTERIOR

Estratificación por Escalas, Criterios de Reperusión y Manejo de Complicaciones según la Guía AHA/ASA 2026

1. LIMITACIONES DIAGNÓSTICAS Y SESGOS DEL NIHSS BASAL

La escala NIHSS basal posee un marcado sesgo hacia el hemisferio cerebral izquierdo y los déficits corticales anteriores, evaluando de forma muy deficiente las funciones de la fosa posterior. Síntomas clínicamente devastadores —tales como la disfagia grave, la disartria súbita, la diplopía invalidante o la ataxia de la marcha/truncal— pueden sumar apenas 1 o 2 puntos en la escala NIHSS. Esto puede llevar al clínico a subestimar gravemente la severidad real de la isquemia vertebrobasilar y a retrasar terapias críticas.

- **La Regla de Oro (COR 1, LOE B-NR):** La elegibilidad de un paciente para recibir fibrinólisis intravenosa (IVT) dentro de las primeras 4.5 horas debe basarse exclusivamente en la presencia de un déficit neurológico que sea claramente **discapacitante para el individuo** (por ejemplo, incapacidad de bipedestar por ataxia truncal o disfagia con riesgo de aspiración), **independientemente de que el puntaje global de la escala NIHSS sea bajo o cercano a cero.**
- **Rapidez sin Demoras por Imagen Avanzada (COR 1, LOE B-NR):** En pacientes con déficits discapacitantes elegibles para lisis que ingresen dentro de la ventana estándar de 4.5 horas, se debe proceder con la administración del trombolítico de forma inmediata tras excluir hemorragia con una **tomografía simple (NCCT)** o RM cerebral básica. **Está prohibido retrasar el inicio de la lisis** para adquirir estudios vasculares avanzados o de perfusión (CTA/MRA o CTP/MRP).

2. ESCALA PC-ASPECTS Y PARTICULARIDADES DE FOSA POSTERIOR

El ASPECTS de circulación posterior (PC-ASPECTS) es una escala de 10 puntos diseñada para cuantificar la extensión del daño isquémico agudo en la fosa posterior utilizando tomografía (TC) o, preferiblemente, resonancia magnética en secuencias de difusión (RM-DWI), la cual posee una sensibilidad biológica muy superior para detectar infartos hiperagudos de fosa posterior.

Se calculan los puntos deduciendo la puntuación inicial según la afectación de las siguientes áreas anatómicas de forma bilateral (con especial énfasis en el tallo cerebral):

Estructura Anatómica (PC-ASPECTS)	Deducción de Puntos	Implicación y Sensibilidad de Imagen
Puente (Protuberancia)	-2 Puntos (Bilateral)	Contiene vías motoras densas. Ámbito crítico de futilidad en PMI.
Mesencéfalo	-2 Puntos (Bilateral)	Contiene núcleos oculomotores y sistemas de vigilia/alerta.
Tálamos	-1 Punto por cada tálamo	Afectación unilateral o bilateral (territorio proximal o distal de ACP).
Lóbulos Occipitales	-1 Punto por cada lóbulo	Territorio de la arteria cerebral posterior. Hemianopsia homónima.
Hemisferios Cerebelosos	-1 Punto por cada hemisferio	Territorio de PICA/AICA/SCA. Riesgo de edema citotóxico progresivo.

Índice Puente-Mesencéfalo (Pons-Midbrain Index - PMI): Se define como la suma del daño isquémico exclusivo del tallo cerebral (Puente + Mesencéfalo, escala de 0 a 4 puntos). Un valor de **PMI ≥ 3** representa un infarto extenso y catastrófico del tronco encefálico. En estos escenarios, el procedimiento de recanalización endovascular (EVT) asocia tasas prohibitivas de futilidad clínica y un riesgo extremo de sangrado parenquimatoso por reperusión, desaconsejando de manera general el intervencionismo.

3. CRITERIOS DE SELECCIÓN PARA TERAPIAS DE REPERFUSIÓN

- **Fibrinólisis Intravenosa (< 4.5 h):** Indicada de forma expedita en déficits discapacitantes. Se establece el uso de **Tenecteplase (TNK) 0.25 mg/kg (máximo 25 mg)** en bolo único como la alternativa preferida y equivalente en seguridad al Alteplase clásico. Se prohíbe de manera absoluta el uso de dosis altas de TNK (0.4 mg/kg) debido a un incremento directo en las tasas de hemorragia intracraneal sintomática (sICH).

- **Trombectomía Mecánica (EVT) (< 24 h) para Oclusión de la Arteria Basilar:**

- **Recomendación Fuerte (COR 1, LOE B-R):** Indicada de urgencia dentro de las primeras 24 horas del inicio de los síntomas en pacientes seleccionados con un estado funcional premórbido excelente (mRS pre-ictus 0-1), una puntuación de la escala **NIHSS basal ≥ 10** y una carga isquémica leve en fosa posterior demostrada por un **PC-ASPECTS ≥ 6** (PMI < 3). Respaldada por la sólida evidencia de los ensayos clínicos ATTENTION y BAOCHE.

- **Recomendación Moderada (COR 2b, LOE B-R):** En pacientes con oclusión de la arteria basilar y PC-ASPECTS ≥ 6 que se presentan con déficits neurológicos más leves o fluctuantes (**NIHSS basal de 6 a 9 puntos**), la efectividad de la EVT no está plenamente establecida, pero es razonable considerar la intervención de forma individualizada, particularmente ante el riesgo de un deterioro neurológico inminente por progresión del trombo.

4. ABORDAJE DE OTRAS ARTERIAS Y VACÍOS CIENTÍFICOS (VERTEBRALES Y ACP)

La actualización de la guía AHA/ASA 2026 amplía el análisis de la fosa posterior, incorporando directrices específicas para estructuras vasculares distintas de la arteria basilar principal:

- **Diseccción de la Arteria Vertebral Extracraneal (COR 2a, LOE B-NR):** En pacientes que experimentan un ictus isquémico agudo o un TIA secundario a una diseccción de la arteria vertebral extracraneal, es clínicamente razonable administrar tratamiento médico con terapia antiplaquetaria o anticoagulante por un periodo mínimo de **3 meses** para mitigar de manera óptima el riesgo de ictus recurrentes.

- **Contraindicación de EVT en la Arteria Cerebral Posterior (ACP/PCA) (COR 3: Sin Beneficio, LOE A):** En pacientes con ictus isquémico por oclusión de ramas de la ACP (segmentos P1, P2 o P3), el uso de la trombectomía mecánica (EVT) con stent retrievers **no está recomendado** para mejorar los resultados funcionales. Esta directriz se fundamenta en ensayos clínicos como el estudio *DISTAL*, donde la intervención endovascular no demostró beneficio clínico neto frente al mejor tratamiento médico y sí asoció mayores tasas de complicaciones hemorrágicas.

- **Vacíos de Conocimiento y Prioridades Científicas:** Determinar con precisión matemática la utilidad y eficacia de la trombectomía mecánica en oclusiones arteriales de la fosa posterior que **no involucren de forma directa a la arteria basilar** (es decir, la afectación aislada de las arterias vertebrales y de las arterias cerebrales posteriores) se clasifica formalmente como un vacío de conocimiento crítico que exige investigación futura.

5. MANEJO DE COMPLICACIONES AGUDAS E INFARTOS PSEUDOTUMORALES

El infarto de gran tamaño en el cerebelo asocia un riesgo crítico de desarrollar edema cerebral progresivo de tipo citotóxico. Este edema puede colapsar el cuarto ventrículo, desencadenando hidrocefalia obstructiva aguda y riesgo inminente de herniación amigdalina o transtentorial inversa.

- **Ventriculostomía de Urgencia (COR 1, LOE C-LD):** Se indica realizar una derivación ventricular externa (ventriculostomía) de forma urgente ante el desarrollo de hidrocefalia obstructiva aguda secundaria a la compresión cerebelosa para aliviar la presión intracraneal y restaurar la función neurológica.

- **Craniectomía Descompresiva Suboccipital (COR 1, LOE C-LD):** Se recomienda de forma mandatoria realizar una craniectomía descompresiva suboccipital con duraplastia expansiva, de manera concomitante o secuencial a la ventriculostomía, en pacientes con infartos cerebelosos grandes que muestren signos de deterioro neurológico progresivo o compresión directa del tronco encefálico.

- **Proscripción Absoluta de Medidas Médicas Ineficaces (COR 3: Daño / Sin Beneficio):** Se prohíbe de forma absoluta la administración de corticosteroides (ej. dexametasona), barbitúricos de rutina o la inducción de hipotermia sistémica para el manejo del edema citotóxico de fosa posterior, dado que carecen de beneficio clínico demostrado y elevan de forma alarmante el riesgo de infecciones nosocomiales graves (neumonía) e inestabilidad hemodinámica.