

Médula n° 36:

Cranealmente a la anastomosis de las vías anastomóticas longitudinales, en el lado izquierdo, existe una colateral de la vía anastomótica longitudinal posterior que conecta con la vía anastomótica longitudinal anterior.

En el lado derecho, se observa una arteria radicular sacra situada dorsalmente al asa anastomótica. Esta arteria se divide en forma de "Y", dividiéndose en dos ramas que terminan en las vías longitudinales posterior y anterior, respectivamente (Fig. 57).

Médula n° 45:

Presenta una arteria colateral descendente de la vía anastomótica longitudinal posterior izquierda que luego se bifurca en "Y". Una de sus ramas se distribuye por la cara lateral del cono medular, mientras que la otra se anastomosa con la arteria del filum terminale (Fig. 57).

Formas asimétricas.

Dentro de este grupo, las asimetrías pueden

deberse al diámetro de las arterias, al lugar en el que se establecen las anastomosis y al trayecto que presentan las vías anastomóticas longitudinales posteriores.

Asimetrías en el diámetro de las arterias.

Esta forma de asimetría se ha presentado en siete ocasiones (21.87 % de los casos), coexistiendo frecuentemente con la desviación de la vía anastomótica longitudinal anterior hacia uno de los lados.

Describiremos a continuación las particularidades de cada uno de los casos (Fig. 58).

En las médulas n^o 17, 46 y 47 la anastomosis de mayor diámetro es la del lado izquierdo (Fig. 55), mientras que en la médula n^o 44 corresponde al lado derecho (Fig. 58).

Médula n^o 25:

La anastomosis en el lado izquierdo del cono medular está representada por un fino ramo arterial de trayecto tortuoso que se origina en una

anastomosis de tipo término-terminal que establecen la vía anastomótica longitudinal posterior con un aporte radicular sacro (Fig. 58).

Médula n° 26:

Presenta menor diámetro la anastomosis del lado izquierdo.

Ambas vías anastomóticas longitudinales posteriores dan colaterales descendentes que posteriormente terminan en la arteria del filum terminale.

En el lado derecho se establece además un anastomosis oblicua entre la vía y la colateral (Fig. 58).

Médula n° 48:

La anastomosis, en la cara lateral izquierda del cono, se presenta bajo la forma de dos ramas arteriales homónimas, originadas en las vías anterior y posterior respectivamente (Fig. 58).

Fig. 61: Asa anastomótica del cono medular. Diafanización. (ref. 40).

1. Vía anastomótica longitudinal anterior.
2. Vía anastomótica longitudinal posterior derecha.
3. Asa anastomótica lado derecho.
4. Asa anastomótica lado izquierdo.
5. Arteria del filum terminale.
6. Arteria radicular sacra.

Fig. 62: Asa anastomótica del cono medular. Diafanización. Visión lateral izquierda. Forma asimétrica por trayecto intraneural del asa izquierda. (ref. 40).

1. Vía anastomótica longitudinal anterior.
2. Vía anastomótica longitudinal posterior izquierda.
3. Asa anastomótica lado izquierdo, con trayecto intraneural.

Fig. 63: Asa anastomótica del cono medular. Forma asimétrica. Anastomosis unilateral. Cara posterior del cono. (ref. 23). 1x.

1. Vía anastomótica longitudinal posterior derecha.
2. Trayecto transversal de la vía por la cara posterior del cono medular.
3. Colaterales descendentes.

Fig. 64: Asa anastomótica del cono medular. Forma asimétrica. Anastomosis unilateral. (ref. 38). 1x.

1. Vía anastomótica longitudinal anterior.
2. Asa anastomótica lado derecho.
3. Arteria del filum terminale.
4. Arterias radiculares sacras.



61



62



63



64

Asimetría en el lugar de las anastomosis.

En estos casos, las dos ramas que constituyen el asa anastomótica del cono medular presentan una asimetría de posición en sentido cráneo-caudal. Esta asimetría solemos observarla, cuando la vía anastomótica longitudinal anterior termina desviándose lateralmente o cuando se continúa insensiblemente con la arteria del filum terminale (Fig. 59).

En este grupo, hemos observado 13 casos (40.33 %), cuyas características particulares describimos a continuación.

En las médulas n^o 29, 30 y 42 la anastomosis que se establece en el lado derecho es de situación más craneal que la del lado opuesto, mientras que en las médulas n^o 24, 27, 32, 37 y 41 la situación es inversa (Fig. 59).

Médula n^o 22:

La anastomosis más craneal es la del lado derecho.

De ambas vías anastomóticas longitudinales

posteriores salen colaterales descendentes que terminan, más caudalmente, en la arteria del filum terminale (Fig. 59).

Médula n° 28:

En el lado izquierdo, la anastomosis se efectúa en la región proximal del cono medular.

La vía anastomótica longitudinal posterior derecha emite una colateral descendente que establece conexión con la arteria del filum terminale (Fig. 59).

Médula n° 31:

La vía anastomótica longitudinal posterior izquierda da lugar a una colateral descendente que se anastomosa con la arteria del filum terminale. Además, es este lado el que se encuentra más caudalmente en la constitución del asa anastomótica.

Médula n° 33:

La anastomosis en el lado derecho es de situación más craneal y en este lado existe una colateral descendente de la vía anastomótica

longitudinal posterior que termina en la arteria del filum terminale (Fig. 59).

Médula n° 50:

De la vía anastomótica longitudinal posterior izquierda emerge una colateral de trayecto oblicuo, hacia adelante y hacia abajo, que posteriormente se divide en "Y". Una de sus ramas se anastomosa con la propia vía anterior, mientras que la otra lo hace con la arteria del filum terminale (Figs. 56 y 59).

En el trayecto que presenta la vía anastomótica longitudinal posterior derecha en la cara lateral del cono, se observa un "boucle".

Asimetrías en el trayecto, superficial o profundo, de las arterias del asa anastomótica del cono medular.

En todas las médulas estudiadas se observa un trayecto superficial de las vías anastomóticas longitudinales posteriores en la cara lateral del cono medular. Sin embargo, debemos señalar 4 casos en los que este trayecto es realizado por alguna de las vías anastomóticas longitudinales posteriores,

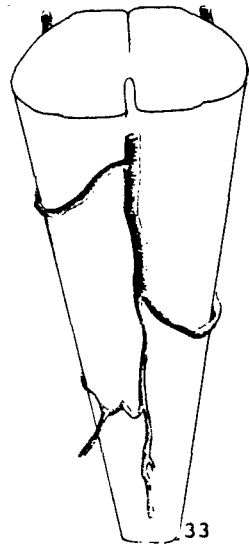
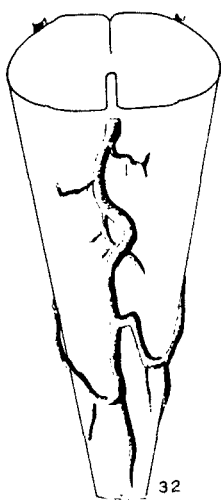
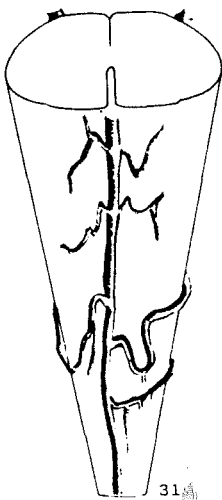
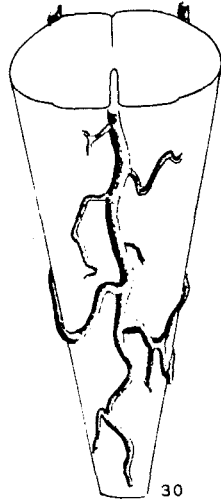
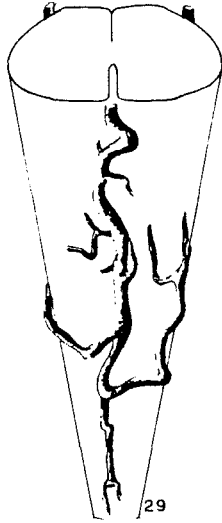
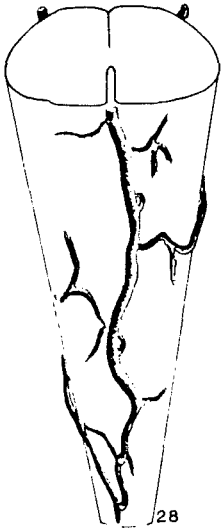
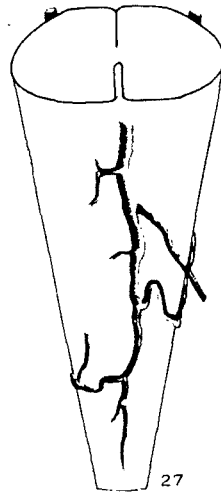
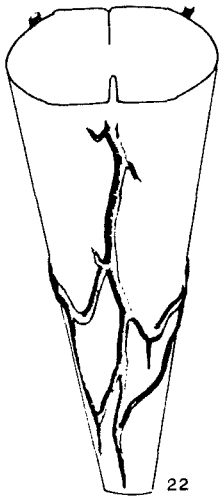


Fig.59

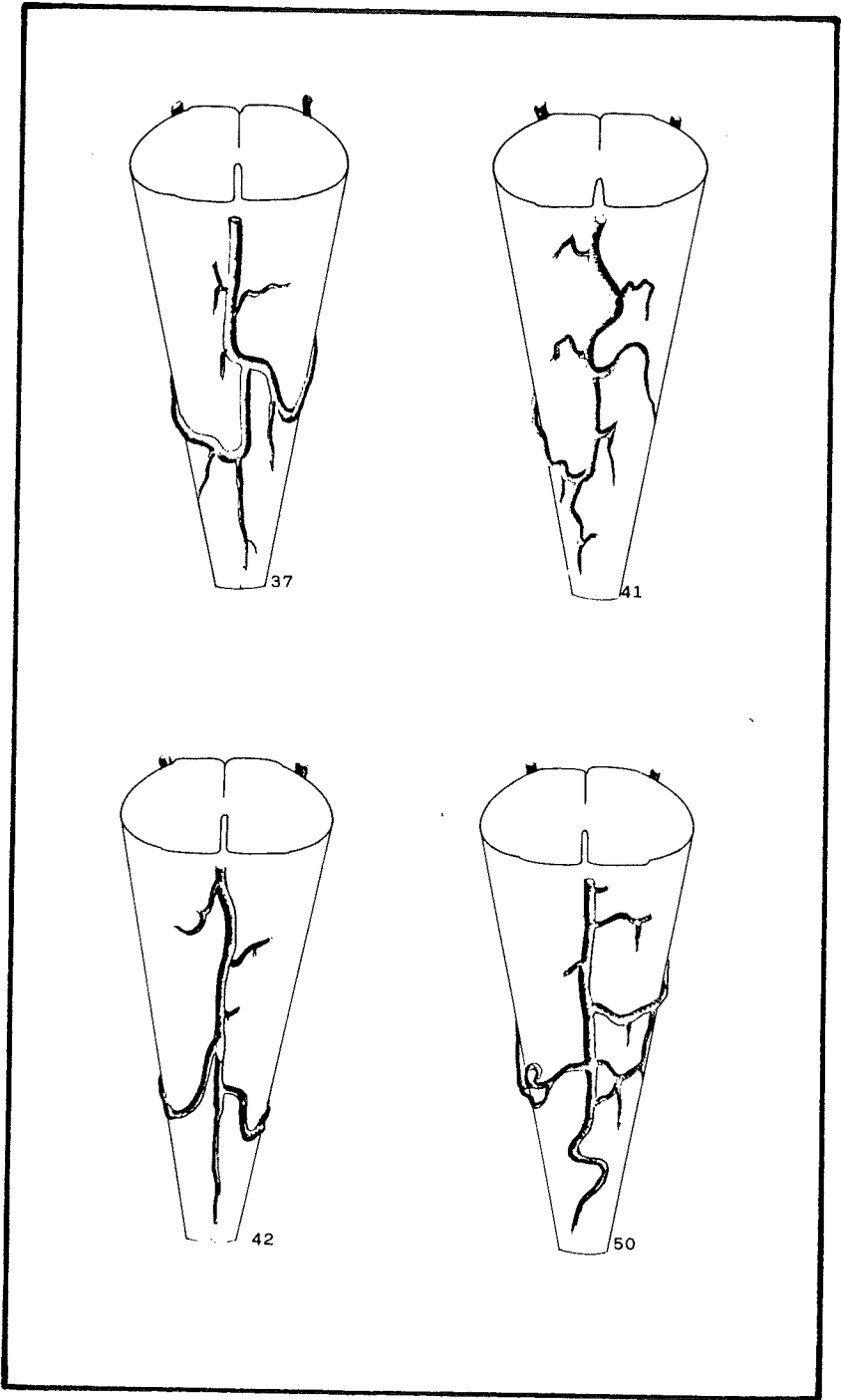


Fig. 59

atravesando el interior del tejido neural.

A continuación describiremos estos casos (Fig. 60).

Médula n^o 40:

Presenta una vía anastomótica longitudinal posterior izquierda que en la cara lateral del cono medular se introduce en su interior, por donde discurre, hasta anastomosarse con la cara profunda de la vía anastomótica longitudinal anterior (Figs. 60, 61 y 62).

Médula n^o 43:

La vía anastomótica longitudinal posterior izquierda recibe una arteria radicular sacra en su trayecto por la cara lateral del cono medular, e inmediatamente después se introduce en el tejido nervioso. Su trayecto intraneural termina en la cara posterior de la vía anastomótica longitudinal anterior (Fig. 60).

Médula n° 49:

De la vía anastomótica longitudinal posterior izquierda sale una colateral que con un trayecto descendente, va a terminar en la arteria del filum terminale. Después de dar esta colateral, la vía posterior inicia un trayecto intraneural que la conduce hasta la cara profunda de la vía anastomótica longitudinal anterior (Fig. 60).

Médula n° 52:

En este caso es la vía anastomótica longitudinal posterior derecha la que presenta un trayecto intraneural por la cara lateral del cono medular. Termina anastomosándose con la cara profunda de la vía anterior.

Caudalmente a esta vía se observa una arteria de pequeño diámetro que une la arteria del filum terminale a la vía posterior secundaria (Fig. 60).

Asimetrías por unilateralidad anastomótica en el asa del cono medular.

Como expusimos anteriormente, hemos observado dos casos en los que el asa anastomótica del cono

medular no es bilateral. Dado que esta morfología no presenta ninguna característica común con las otras asimetrías, los describiremos separadamente (Fig. 60).

Médula n° 23:

La anastomosis entre las vías anterior y posterior, en el lado derecho, es de tipo término-terminal y de ella se origina la arteria del filum terminale.

La vía anastomótica longitudinal posterior izquierda se incurva dorsalmente, cruzando la cara posterior del cono medular, para terminar en la vía posterior izquierda (Figs. 60 y 63).

Antes de iniciar este trayecto aberrante, da una colateral que se dirige hacia adelante, introduciéndose por la fissura mediana del cono medular (Fig. 60).

Médula n° 38:

En este caso la vía anastomótica longitudinal anterior presenta una marcada desviación hacia la izquierda de la fissura mediana. Inicia luego un trayecto transversal que le conduce a una

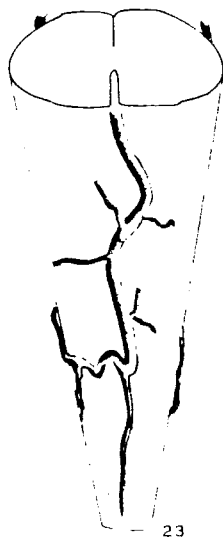
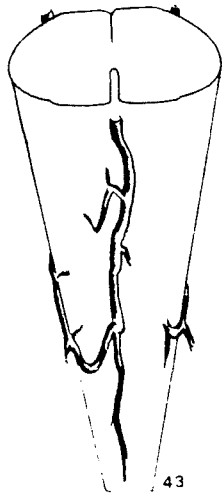
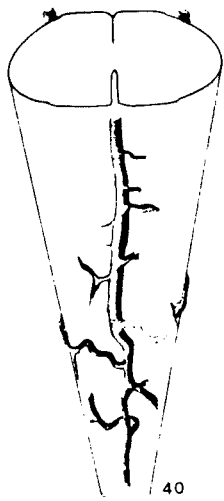
anastomosis "bouche a bouche" con la vía anastomótica longitudinal posterior derecha.

En la parte media de su trayecto transversal tiene origen la arteria del filum terminale, mientras que en el punto de inflexión recibe un aporte radicular sacro.

No existe ninguna comunicación entre las vías longitudinales anterior y posterior izquierda.

C.4.2.- Otras anastomosis entre las vías longitudinales anterior y posteriores.

Este punto será tratado con el estudio de las vías anastomóticas longitudinales posteriores.



D. - ORIGEN Y DISTRIBUCION DE LAS ARTERIAS ESPINALES POSTERIORES.

Las arterias espinales posteriores son pares, una derecha y la otra izquierda, y poseen un origen variable a partir de las arterias vertebrales o de las arterias cerebelosas póstero-inferiores (Figs. 65 y 69).

En las arterias vertebrales, las arterias espinales posteriores puede originarse a nivel del segmento atlanto-axoideo (V_3) o del segmento intracraneal (V_4) (Figs. 65 y 66). Asimismo, el origen atlanto-axoideo se establece a dos niveles, uno inferior o atlanto-axoideo propiamente dicho, donde la arteria espinal posterior se relaciona con el segundo nervio raquídeo cervical (Figs. 66 y 68), y el otro superior u occípito-atloideo donde se relaciona con el primer nervio raquídeo cervical (Figs. 66 y 67).

De lo anteriormente expuesto se desprende que las arterias espinales posteriores tienen siempre un trayecto intradural y además, cuando su origen corresponda al segmento V_3 , se añadirá un trayecto