

Mujer de 18 años con accidente cerebrovascular, disminución marcada de pulsos en miembros superiores, y disminución de la visión

18-year-old woman with stroke, markedly decreased pulses in upper limbs, and decreased vision

Dra. Meylin Aphang-Lam¹, Dr. Daniel Cáceres-Alpaca¹, Karla Fiorella Aguilar-García²

RESUMEN

La Arteritis de Takayasu es una vasculitis de grandes vasos predominante en mujeres jóvenes. Se reporta el caso de una mujer de 18 años con ausencia de pulsos en miembros superiores, paresia de pierna izquierda con plegia de brazo izquierdo y pérdida marcada de la visión. Los estudios de imágenes mostraron estenosis de ambas arterias carótidas y una lesión isquémica frontotemporal derecha. El tratamiento con corticoides y metotrexate mejoró la movilización del hemicuerpo izquierdo.

PALABRAS CLAVES: Takayasu, accidente cerebrovascular isquémico, visión baja.

ABSTRACT

Takayasu's arteritis is a vasculitis of large vessels predominantly in young women. We report a case of a 18-year-old woman with absent pulses in upper limbs, left leg paresis, left arm plegia, and marked vision loss. Imaging studies showed stenosis of both carotid arteries and a right frontotemporal ischemic injury. Treatment with corticosteroids and methotrexate improved mobilization of the left side of the body.

KEYWORDS: Takayasu, Ischemic stroke, Low Vision

INTRODUCCIÓN

La Arteritis de Takayasu (AT) afecta principalmente grandes vasos como la aorta y sus ramas principales. La inflamación y subsecuente proliferación de la íntima causan lesiones estenóticas u oclusivas, mientras que las lesiones que causan destrucción de las capas elástica y muscular causan dilataciones vasculares o aneurismas¹.

La historia natural de la AT describe una fase temprana, caracterizada por síntomas sistémicos inflamatorios inespecíficos, y una fase de inflamación vascular activa, con dolor sobre el área afectada. Hay disminución o ausencia de pulsos, soplos, hipertensión arterial, síntomas neurológicos, insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión pulmonar, entre otros².

Los primeros criterios de diagnóstico fueron desarrollados por Ishikawa (1988) y modificados por Sharma et al en 1995, (sensibilidad 92.5% y especificidad 95%). El Colegio americano de reumatología desarrolló sus propios criterios (1990), debiendo cumplir 3 de 6 (sensibilidad 90.5% y especificidad 97.8%)³.

REPORTE DEL CASO

Mujer de 18 años, natural y procedente de Loreto-Perú, con cuadro de 1 año de evolución, que inicia en el 8° mes de gestación con cefalea temporal intermitente que cede con analgésicos, de intensidad creciente en el transcurso de los meses. Luego del parto, se agregan episodios esporádicos de adormecimiento de hemicuerpo izquierdo a

1. Dpto. de Medicina Interna. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Profesor Universidad Peruana Cayetano Heredia.

2. Estudiante de Medicina. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

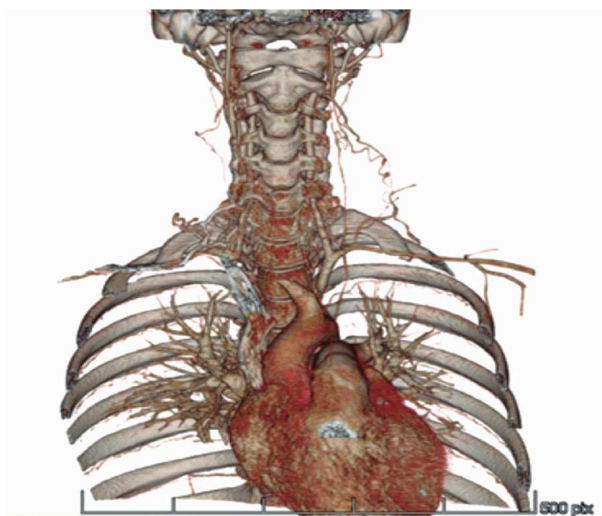


Figura 01. Angiotomografía de carótidas y aorta.

predominio crural y malestar general. Luego de 7 meses con esta sintomatología, presentó en forma súbita, hemiparesia izquierda que en los días siguientes progresa a hemiplejía, con disminución de agudeza visual en ambos ojos. La TAC cerebral realizada, evidenció una lesión isquémica frontotemporal derecha. El ecocardiograma fue normal.

Refiere consumo de marihuana, hace 3 años durante 1 año; cocaína hace 2 años, en 4 ocasiones. Igualmente tabaco y alcohol durante el mismo período. Le detectaron hipertensión arterial en el 5° mes de embarazo, no recibió tratamiento, culminó en parto eutócico.

En el examen físico de ingreso no se detectó pulso ni presión arterial en brazos; 160/80mmHg en

miembros inferiores, resto de funciones vitales normales. Pupilas anisocóricas, escasamente reactivas a luz, agudeza visual 20/400 en ambos ojos, soplo en región carotídea izquierda, parálisis facial central izquierda, paresia de pierna izquierda con plejía de brazo izquierdo, y Babinsky izquierdo positivo. Resto del examen físico fue normal.

Con los diagnósticos de accidente cerebrovascular (ACV) isquémico y Arteritis de Takayasu, se le inicia Prednisona 50mg/día VO y enalapril 10mg VO c/24hrs. Recibió 3 pulsos de metilprednisolona de 1gr/día, y se le inicia metrotexate 15 mg VO/semanal.

Desde la 2ª semana de hospitalización empieza a recuperar progresivamente la fuerza y motilidad del brazo izquierdo y del miembro inferior izquierdo, siendo al alta 2+/5+ y 4+/5+ respectivamente.

En la angiotomografía de carótidas se halla un tronco braquiocefálico izquierdo estenosado; y tronco braquiocefálico, arteria carótida común, y arteria subclavia derechas estenosadas. En la angiotomografía de aorta torácica con contraste, se aprecian adenopatías pretraqueales.

Tiene un ECG normal; una ecocardiografía doppler de carótidas con engrosamiento de íntima media en ambas carótidas, sin flujo en arteria carótida derecha y ramas, y pobre flujo en carótida izquierda, y arterias vertebrales. (Figura 1 y 2)

En la evaluación neurooftalmológica, se evidencian exudados en el ojo izquierdo y microhemorragias en ambos, diagnosticándosele Neuropatía isquémica

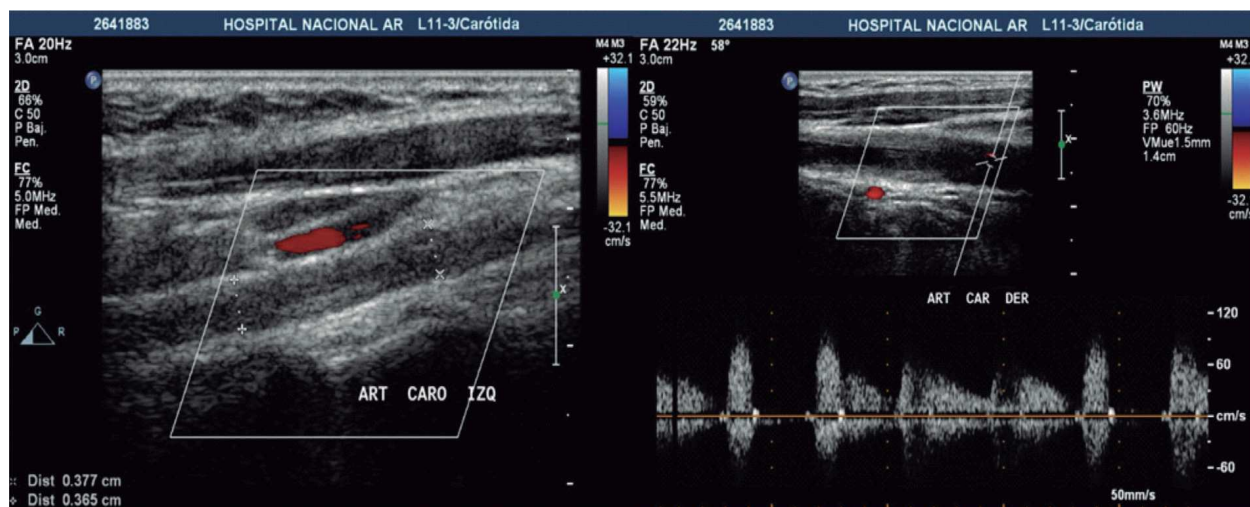


Figura 02. Ecografía doppler de arteria carótida izquierda y derecha.

bilateral y Retinopatía exudativa bilateral, a predominio izquierdo.

Paciente declina realización de cirugía de bypass a la subclavia izquierda.

Los exámenes laboratoriales de ingreso, mostraron Hb en 10,4 gr/dl con constantes corpusculares, cuenta leucocitaria y plaquetaria normales. Glicemia, creatinina y bilirrubina normales. TGP en el doble del valor normal. VSG 28mm/h y 52mm/h en la primera y segunda hora (incrementados). PCR normal. Serología para HIV, Hepatitis B y sífilis negativos. ANCA, AAN y Anticoagulante lúpico negativos. Haptoglobina y Examen de orina normales.

DISCUSIÓN

La AT predomina en mujeres adolescentes, y en mujeres entre la segunda y tercera década de la vida⁴. En Latinoamérica la AT es más frecuente en países como Brasil, Colombia y México, mientras que en Perú la vasculitis más frecuente es poliangeítis microscópica⁵.

Este caso cumple 4 de los 6 criterios del colegio americano de reumatología; 2 criterios mayores y 4 criterios menores de Ishikawa modificados por Sharma; y sería catalogado como una AT tipo I en la clasificación angiográfica de Numano⁶, ya que solo involucra las ramas del arco aórtico.

Una de las particularidades de este caso, estriba en que los síntomas de la AT iniciaron en el curso del embarazo, a diferencia de los casos reportados en la literatura, donde las pacientes tenían el diagnóstico previo a la gestación sin exacerbación de la enfermedad por ésta, pero sí preeclampsia, y bajo peso del producto en las diferentes series⁷, situaciones que no se dieron en la paciente.

Aunque la incidencia de ACV en AT es del 10-20 %, e ictus como primera manifestación en pacientes jóvenes rara vez se encuentra en la literatura⁸, es un componente importante de la presentación clínica en la paciente que se presenta. Sin embargo, en Brasil, se reportó un caso de AT sin previa manifestación sistémica y se reconoció a la AT como una posible causa de accidente cerebrovascular isquémico en mujeres jóvenes⁹. Creemos que el consumo de cocaína, dos años antes y en cuatro oportunidades, no tuvo relación con la isquemia cerebral de la paciente.

La disminución de la agudeza visual en ambos ojos, puede ser producto de una hipoperfusión importante de la retina por compromiso de la circulación de la carótida. En la AT se documentó deterioro visual en el 44,9% de los pacientes¹⁰.

La retinopatía de Takayasu está muy bien descrita y ha sido clasificada en cuatro estadios por Uyama y Asayama: desde venas dilatadas a microaneurismas, malformaciones arteriovenosas e isquemia retinal con neovascularización y hemorragia vítrea, como consecuencia de la isquemia ocular que produce el estrechamiento de las carótidas y las arterias vertebrales⁶.

En cuanto al tratamiento, no hay suficiente evidencia en cuanto a eficacia y seguridad. En la mayoría de las series de AT se utilizan dosis altas de glucocorticoides (GC) (0,5-1 mg/kg/día o 40-60 mg/día de prednisona o equivalente) por 4 semanas y posterior esquema de reducción. No está clara la utilidad de los bolos de metilprednisolona en estos pacientes y depende del juicio clínico. Un 40 al 80% requieren de la adición de inmunosupresores para conseguir la remisión o para mantenerla, por ejemplo, metotrexate a dosis de 7,5-25mg/semana. En ocasiones se requiere revascularización¹¹.

Esta paciente cumple con criterios de enfermedad de AT, patología rara en nuestro país y poco diagnosticada. Durante el tiempo de hospitalización mostró una notable mejoría en cuanto fuerza motora en respuesta a corticoides e inmunosupresor. No obstante, disminuyó la agudeza visual producto de una neuropatía isquémica bilateral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kerr GS, Hallahan CW, Giordano J, Leavitt RY, Fauci AS, Rottem M, et al. Takayasu arteritis. *Ann Intern Med* 1994;120:919e29.
2. Dufrechou Carlos, Cedrés Santiago, Robaina Rosanna, Bagattini Juan Carlos. Arteritis de Takayasu: Revisión de criterios diagnósticos y terapéuticos a propósito de un caso clínico. *Rev. Méd. Urug.* [revista en la Internet]. 2006 Sep [citado 2015 Abr 04]; 22(3): 236-240. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902006000300012&lng=es.
3. de Souza AWS, de Carvalho JF. Diagnostic and classification criteria of Takayasu arteritis. *Journal of Autoimmunity* 2014; 1-5.
4. Weyand C, Goronzy J. Medium and large vessel vasculitis. *N Engl J Med* 2003;349:160-9.
5. Iglesias-Gamarra Antonio, Coral Paola, Quintana Gerardo, Toro Carlos E, Álvarez Fausto, Castillo Jorge et al. Historia de las vasculitis primarias en Latinoamérica. *Rev. Colomb. Reumatol.* [serial on the Internet]. 2007 Dec [cited 2015 Apr 04]; 14(4): 261-286. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-81232007000400003&lng=en.



6. Ramírez-Cruz GB, Ciales-Vera SA. Enfermedad de Takayasu: espectro de hallazgos por imagen. *Anales de Radiología México* 2013; 12(4): 255-261.
7. Hernández J, Estrada A, Valenzuela A, Maya J, Carvajal J, Chacón A. Arteritis de Takayasu en el embarazo: reporte de siete casos. *Ginecol Obstet Mex* 2011; 79(3): 143-151.
8. Brunner J, Feldman BM, Tyrrell PN, Kuemmerle-Deschner JB, Zimmerhackl LB, Gassner I, et al: Takayasu arteritis in children and adolescents. *Rheumatology* 2010; 49: 1806-1814.
9. Caldeira V, Macedo C, Luvizutto G, Lima M, Escobar D, do Nascimento I, Bazan R, Pereira G. Stroke as the First Clinical Manifestation of Takayasu's Arteritis. *Case Rep Neurol* 2014; (6): 271-274.
10. Hamdan N, Calderón L, Castro P, Gómez G, Hurtado E, Estrada G, Echevarría R. 'Enfermedad de la arteria carótida común bilateral en la arteritis de Takayasu', *Revista Colombiana de Cardiología*, 2004; 11(5), pp. 251-258.
11. Álvarez E. Tratamiento de las vasculitis de grandes vasos. *Reumatol Clin.* 2011; 7(S3): S28-S32.

Correspondencia: Dra. Meylin Aphan-Lam

Correo electrónico: meylin.aphan@upch.pe

Fecha de recepción del trabajo: 3 Agosto 2015

Fecha de aceptación para la publicación: 28 Octubre 2015