UNIDA Salud
health journal
e-ISSN: 2791-2728

Publicación periódica de acceso abierto, financiada y editada por la Universidad de la Integración de las Américas

Reporte de caso

Vasculitis, causa rara de accidente cerebrovascular isquémico

Vasculitis, a rare cause of ischemic stroke

Adriana Guadalupe Alcaraz Britez[1]

[1] Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción, Posgrado de Medicina interna. Asunción, Paraguay.

RESUMEN

El presente caso se trata de una paciente femenina con lupus eritematoso sistémico, con episodio de ictus isquémico manifestado con disartria y debilidad en brazo y pierna derechos. En la angiotomografía observamos imágenes sugestivas de vasculitis. Recibe tratamiento con tres bolos de metilprednisolona, con buena respuesta clínica, permaneciendo únicamente parestesias en brazo y pierna derechos al alta.

Palabras clave: lupus eritematoso sistémico, vasculitis, accidente cerebrovascular isquémico.

ABSTRACT

The present case is about a female patient with systemic lupus erythematosus, with an episode of ischemic stroke manifested with dysarthria and debility on the right arm and leg. In angiotomography, we observe vasculitis' suggestive images. She gets treatment with three bolus of methylprednisolone, with good clinical response, only remaining paresthesias in the right arm and leg.

Keywords: systemic lupus erythematosus, vasculitis, ischemic stroke.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cerebrovasculares son algunos de los trastornos más comunes y una causa importante de discapacidad. Es un deterioro neurológico súbito atribuible a una causa focal vascular; hemorrágica o isquémica. La definición es clínica y los resultados de las imágenes cerebrales se utilizan para reforzar el diagnóstico (1).

El lupus eritematoso sistémico (LES) afecta con mayor frecuencia a mujeres jóvenes y se caracteriza por una afectación multisistémica[2]. El sistema nervioso central (SNC) es un objetivo frecuente del LES y conduce a un aumento de las tasas de morbilidad y mortalidad (2).

Los eventos de ictus son frecuentes entre los pacientes que padecen LES, afectando al 3-20% de ellos, principalmente en una población joven para estos episodios vasculares, y generalmente dentro de los primeros cinco años desde el diagnóstico(2, 3). Pero en otros estudios, la duración media del LES antes de presentar eventos cardiovasculares estuvo entre 8,8 y 8,4 años(4).

El riesgo de accidente cerebrovascular es ocho veces mayor en pacientes con LES en comparación con la población general, y la posibilidad de eventos cardiovasculares aumenta en un 3 % cada año después del diagnóstico[2]. En concreto, se ha informado que la prevalencia de ictus isquémico oscila entre el 2 % y el 23 %[4], lo que representa hasta el 15 % de las muertes en LES(5).

Algunos estudios han implicado que los factores de riesgo cardiovascular comunes no pueden explicar la tasa acelerada de accidentes cerebrovasculares en pacientes con LES(3). Sin embargo, algunos elementos pueden predecir o contribuir al ictus en pacientes con LES: presencia de anticuerpos antifosfolípidos, antecedentes de trombosis sistémica, compromiso renal con LES y presencia de factores de riesgo cardiovascular de Framingham(3).

Para correspondencia dirigirse a: adrialcaraz96@gmail.com
Recibido: Marzo 22, 2023. Aceptado: Marzo 30, 2023.
Conflictos de interes: Ninguna que declarar.

Este es un artículo publicado en Acceso Abierto bajo Licencia Creative Commons CC-BY, que permite el uso sin restricciones, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que se cite debidamente la obra original.

PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Paciente de 50 años, conocida portadora de lupus eritematoso sistémico desde hace diez años, en tratamiento irregular con hidroxicloroquina 200 mg cada 24 horas, prednisona 5 mg cada 12 horas. Presentó episodios recurrentes de eritema malar por fotosensibilidad, dolor poliarticular crónico (en manos, tobillos y columna torácica) y sangrado retiniano que se resolvió espontáneamente. Nefritis lúpica, diagnosticada hace dos años, en tratamiento con tacrolimus 1 g cada 24 horas y micofenolato mofetilo.

Portadora de hipertensión arterial en tratamiento irregular con losartan 50mg cada 12 horas.

24 horas antes de su ingreso presentó súbitamente pérdida de fuerza en brazo y pierna derechos, de distal a proximal, lo que le imposibilitaba continuar con sus actividades cotidianas, no podía permanecer de pie sin apoyo, acompañada de parestesias periorales, disartria, cefalea holocraneal de intensidad moderada 7/10 en la escala del dolor, que no irradia y cede parcialmente tras la toma de fármacos antihipertensivos. Se agregó vómito al cuadro en una oportunidad. Después de 20 minutos, la debilidad y la disartria empeoraron. Se constató hipertensión arterial, no sabe precisar cifras tensionales y ante la sospecha de accidente cerebrovascular acude a facultativo que remite a nuestro servicio.

Paciente pasa a sala de internación de clínica medica con 5 dias de evolución. Al examen físico no hay desviación de la comisura labial, pero se encuentra una disminución de la fuerza muscular en el brazo y la pierna derechos.

Se solicita:

-Angiografía por TC cerebral: sutil hipodensidad en cápsula interna izquierda, sin sangrado, impresiona áreas irregulares de arteria cerebral anterior izquierda. Signos inflamatorios de angiopatía a nivel de los vasos subcorticales supratentoriales e infratentoriales.

-Resonancia magnética con secuencia TOF: se observan arterias cerebrales con aspecto de cuentas.

-Eco doppler carotídeo: sin lesiones hemodinámicamente significativas.

-Perfil SAAF:

Crasis sanguínea: TP 101%, TTPA 27 seg, fibrinógeno 530, dímero D 1124.

Anticuerpos contra fosfolípidos IgG e IgM negativos.

Anticuerpos contra cardiolipina IgG e IgM negativos.

Anticuerpos anti-beta dos microglobulina negativos.

Homocisteína 5,3 umol/l (rango normal 2,9-16 umol/l).

Antitrombina 96% (rango normal 83-128).

Proteína C 113% (rango normal 70-130%).

La proteína S libre 58% (rango normal 60-130%) puede estar disminuida en el contexto de un síndrome inflamatorio.

Inhibidor de lupus positivo.

-Perfil reumatológico: antiCCP 6.9 (positivo), Factor Reumatoide negativo, ANCA C y ANCA P negativos, C3 y C4 consumidos.

-Orina 24 horas: 114mg/24 horas.

DISCUSIÓN

La incidencia de ictus en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) es baja y generalmente aparece en fases avanzadas y activas de la enfermedad[6]. Cuando ocurre, los accidentes vasculares son más frecuentes, pero no exclusivos, en pacientes con LES y anticuerpos antifosfolípidos, pues se acompañan de hipercoagulación y accidentes trombóticos agudos(2, 6).

La isquemia cerebral se produce por obstrucción circunscrita (ya sea no inflamatoria o por vasculitis) o por embolias de placa carotídea o vegetaciones de fibrina por endocarditis de Libman-Sacks(7).

El riesgo elevado de complicaciones vasculares es de siete a diez veces en general y es mayor en mujeres <49 años de edad[5, 6]. Las características asociadas con un mayor riesgo de aterosclerosis incluyen edad avanzada, hipertensión, dislipidemia, lipoproteínas de alta densidad proinflamatorias disfuncionales, enfermedad elevada repetida puntajes de actividad, dosis diarias acumuladas o aumentadas de glucocorticoides y altas concentraciones de homocisteína(2, 6).

Los tipos de accidentes cerebrovasculares más frecuentes en pacientes con LES son el ictus isquémico, el accidente isquémico transitorio (>80%), la enfermedad multifocal (7-12%), la hemorragia intracraneal (3-5%) y la trombosis del seno venoso (2%)[4, 6].

La presentación clínica varía según el tipo de ictus y el territorio arterial afectado(5, 7).

Las manifestaciones neurológicas son inespecíficas, como cefalea, déficits neurológicos focales progresivos, deterioro cognitivo, trastorno del carácter, cambios de conducta o convulsiones focales, fiebre, rigidez de nuca, estupor y coma. Los defectos neurológicos focales pueden manifestarse como enfermedad tromboembólica, hemorragia, infección o vasculitis(6, 7).

El diagnóstico de enfermedad de vaso grande o mediano se basa en hallazgos que sugieren vasculitis en la angiografía por resonancia magnética (IRM) o angiografía convencional,

mientras que la enfermedad de vaso pequeño requiere biopsia para el diagnóstico(7).

El tratamiento es similar al de pacientes sin LES, trombólisis o cirugía según indicación, y control de factores de riesgo en prevención secundaria(6).

El tratamiento difiere en la necesidad de anticoagulación o antiagregación en presencia de anticuerpos anticardiolipina o el uso de esteroides e inmunosupresores en la actividad extenuante del LES(2, 6).

La evolución depende en gran medida de la afectación multiorgánica y de la precocidad del tratamiento inmunosupresor y/o anticoagulante(6).

Los corticoides constituyen el pilar fundamental para el tratamiento de las vasculitis del sistema nervioso central y el LES. En casos graves se deben administrar pulsos de metilprednisolona por vía intravenosa, además de pulsos de ciclofosfamida(6).

En casos refractarios, algunos tratamientos asociados incluyen plasmaféresis, micofenolato, inmunoglobulina, metotrexato intratecal o rituximab, entre otros(6).

Después de la primera crisis trombótica, los pacientes con síndrome de anticuerpos antifosfolípidos reciben warfarina permanente para alcanzar el índice internacional normalizado (INR), que varía de 2,5 a 3,5, solo o en combinación con ácido acetilsalicílico[1]. Otros autores sugieren que la terapia combinada con antiagregación y anticoagulación en rango estándar (INR 2-3) es eficaz en la prevención secundaria de recurrencias(8).

Aunque la evidencia es limitada, los estudios también muestran que la trombosis recurrente y la mortalidad por trombosis es mayor que el riesgo de mortalidad por hemorragia en pacientes con síndrome de anticuerpos antifosfolípidos que reciben anticoagulación incluso en el rango de INR de 3-4(8).

Los factores de riesgo cardiovascular asociados a otros casos reportados en el país, fueron el sedentarismo y la obesidad. Hubo asociación estadísticamente significativa con hipertensión, dislipidemia y nefropatía(9).

En el caso descrito, las características del paciente igualan a la bibliografía. Se encontraba en la categoría de edad y sexo, la enfermedad autoinmune estaba activa y presentaba otros factores de riesgo como hipertensión y nefropatía. En este, por no haber anticuerpos antifosfolípidos positivos, no se indicó la anticoagulación, a diferencia de otros casos(9, 10).

Financiación

Este reporte de caso no requirió financiamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Harrison, TR, et al. Principios de medicina interna. 20 ed. McGraw-Hill.

2. Ioannidis S. et al. Ischemic stroke as initial manifestation of systemic lupus erythematosus: A case report and review of the literature. eNeurologicalSci 2018; 13 (2018) 26–30. https://doi.org/10.1016/j.ensci.2018.11.001

3. Saadatnia M, Sayed-Bonakdar Z, Mohammad-Sharifi G, Sarrami AH. The necessity of stroke prevention in patients with systemic lupus erythematosus. J Res Med Sci. 2012 Sep;17(9):894-5. PMID: 23826023; PMCID: PMC36972.

4. Mok C, Ho L, To C. Annual incidence and standardized incidence ratio of cerebrovascular accidents in patients with systemic lupus erythematosus. Scandinavian Journal of Rheumatology, 2009; 38(5), 362–368. doi:10.1080/03009740902776927

5. Nikolopoulos D, Fanouriakis A, Boumpas DT. Cerebrovascular Events in Systemic Lupus Erythematosus: Diagnosis and Management. Mediterr J Rheumatol 2019;30(1):7-15.

6. Diana N, Correa M, Díaz MC, Gutiérrez JM, Fernández D. Central nervous system involvement in systemic lupus erythematosus. Revista colombiana de reumatologia. Vol 22 (numero 21), pp 16-30. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-reumatologia-374-articulo-compromiso-del-sistema-nervioso-central-S0121812315000067

7. Preciado FV, Rincón AD, Díaz AS. Childhood primary vasculitis of the central nervous system: Case report and literature review. Revista colombiana de reumatologia. Vol. 25 (Issue 4), pp 301-306. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-reumatologia-374-articulo-vasculitis-primaria-del-sistema-nervioso-S0121812317301020

8. Sociedad española de reumatologia. Recomendaciones SER: tratamiento del sindrome de antifosfolipido. Junio 2018. Disponible en: https://www.ser.es › 2018/06PDF

9. Acosta MI, Avila G, Aquino M, Rojas E, Losanto J, Acosta M et al. Eventos cardiovasculares en pacientes con lupus eritematoso sistémico y su asociación con factores de riesgo cardiovascular. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud [Internet]. 2017 Apr [cited 2023 Mar 11] ; 15(1): 80-87. Available from: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1812-95282017000100080&lng=en. https://doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2017.015(01)80-087.

10. Falcón J, Pereira JM, Espínola MM, Roy Tatiana, Franco Britos MA. Accidente cerebro vascular isquémico como reactivación de lupus eritematoso sistémico. Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int. [Internet]. 2016 Mar [cited 2023 Mar 11] ; 3(1): 74-78. Available from: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2312-38932016000100010&lng=en