

IMÁGENES EN PEDIATRÍA

Ictus isquémico secundario a arteriopatía focal cerebral unilateral



Ischaemic stroke secondary to unilateral focal cerebral arteriopathy

J.M. Marquez-Romero^{a,*}, F. Capristo^b y A. Arauz^c

^a Neurología Vascul, HGZ #2 IMSS Aguascalientes, Aguascalientes, México

^b Neurología Pediátrica, Hospital Miguel Hidalgo, Aguascalientes, México

^c Clínica de Enfermedad Vascul Cerebral, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía «MVS», México DF, México

Disponible en Internet el 24 de octubre de 2014

Niña de 7 años que acude a urgencias con hemiparesia derecha de inicio súbito con 30 min de evolución. El hemograma inicial, así como la velocidad de sedimentación, bioquímica y proteína C reactiva resultaron normales. La

tomografía computarizada craneal fue normal, por lo que se realizó resonancia magnética con angioresonancia (ARM) (fig. 1). Se instauró tratamiento de soporte general y se realizaron estudios complementarios: panel completo

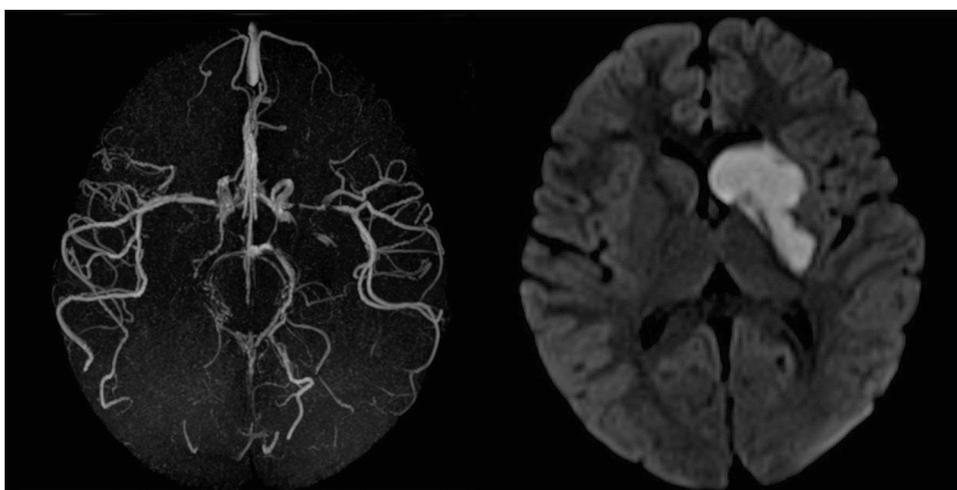


Figura 1 Estudio vascular por angioresonancia magnética realizado durante la etapa aguda del padecimiento, muestra un defecto de llenado irregular en el calibre y forma del segmento M1 izquierdo sin compromiso de la circulación distal. A la derecha, secuencia de difusión por resonancia magnética, muestra imagen hiperintensa localizada en la cabeza del núcleo caudado, capsula interna y núcleo lenticular consistente con infarto agudo.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: scint1st@gmail.com (J.M. Marquez-Romero).

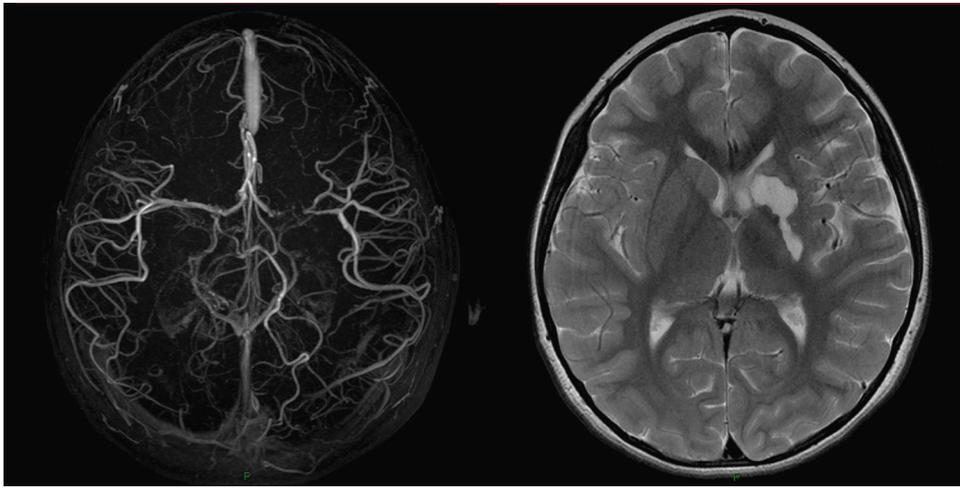


Figura 2 Estudio vascular por angi resonancia magnética realizado 4 meses después del egreso hospitalario, muestra persistencia del defecto de llenado identificado inicialmente en el segmento M1 izquierdo con circulación distal normal. A la derecha, secuencia T2 por resonancia magnética, muestra imagen hiperintensa consistente con zona de malacia localizada en la cabeza del núcleo caudado y porción medial del núcleo lenticular, la cápsula interna aparece íntegra.

de autoanticuerpos, serología para familia *Herpesviridae*, ecografía Doppler de vasos cervicales y ecocardiograma transtorácico, sin encontrarse alguna anomalía que explicara el ictus.

El tratamiento al alta fue con ácido acetilsalicílico 75 mg/día y rehabilitación física, su puntaje en la escala modificada de Rankin (EMR) fue de 4. Cuatro meses después se efectuó una nueva ARM en la cual persistieron las alteraciones previamente observadas (fig. 2). Un año después del evento, la EMR es de 1, sin recurrencia de episodios isquémicos.

La arteriopatía focal cerebral unilateral es una de las causas más importantes de ictus infantil¹. Se le considera como una arteriopatía monofásica que permanece estrictamente unilateral con un curso estable o reversible². En los casos donde los estudios auxiliares no demuestran un proceso inflamatorio infeccioso o autoinmune asociado, el tratamiento óptimo continúa siendo tema de controversia³. La realización de estudios vasculares de seguimiento es clave

para la diferenciación de los casos de arteriopatía progresiva, los cuales conllevan un peor pronóstico, sin embargo, aún en los casos sin progresión hasta el 59% de los niños presentan secuelas neurológicas permanentes, y el 77% tiene lesiones arteriales residuales.

Bibliografía

1. Amlie-Lefond C, Bernard TJ, Sebire G, Friedman NR, Heyer GL, Lerner NB, et al. Predictors of cerebral arteriopathy in children with arterial ischemic stroke: Results of the International Pediatric Stroke Study. *Circulation*. 2009;119:1417-23.
2. Yeon JY, Shin HJ, Seol HJ, Kim JS, Hong SC. Unilateral intracranial arteriopathy in pediatric stroke: Course, outcome, and prediction of reversible arteriopathy. *Stroke*. 2014;45:1173-6.
3. Braun KP, Bulder MM, Chabrier S, Kirkham FJ, Uiterwaal CS, Tardieu M, et al. The course and outcome of unilateral intracranial arteriopathy in 79 children with ischaemic stroke. *Brain*. 2009;132:544-57.