

Varón joven con episodios autolimitados de debilidad en la extremidad superior izquierda y disfasia

LUIS CONCEPCIÓN ARAMENDIA¹, PERE LLORENS², LUIS LÓPEZ-ANDÚJAR AGUIRIANO², ELENA MARTÍNEZ BELOQUI²

¹Unidad de Neurorradiología. ²Servicio de Urgencias-UCE-UHD. Hospital General Universitario. Alicante, España.

CORRESPONDENCIA:

Dr. Pere Llorens Soriano
Servicio de Urgencias
Unidad de Corta Estancia y UHD
Hospital General Universitario
de Alicante
Calle Pintor Baeza, 12
03010 Alicante
E-mail: llorens_ped@gva.es

FECHA DE RECEPCIÓN:

30-10-2007

FECHA DE ACEPTACIÓN:

2-12-2008

CONFLICTO DE INTERESES:

Ninguno

Varón de 28 años, que acude al servicio de urgencias de un hospital terciario tras haber presentado cuadros breves repetidos de déficit neurológico focal recuperados completamente, además de varios episodios de visión doble de una hora de duración. El paciente no presenta antecedentes médicos o familiares relevantes. Refiere haber presentado dolor cervical y occipital derecho desde hace dos semanas después de dormir en un coche al acudir a un Gran Premio de Fórmula Uno. En las últimas semanas ha presentado además múltiples accesos de tos. La exploración clínica del paciente fue normal. El electrocardiograma, la radiografía de tórax y una tomografía computarizada craneal realizadas no demostraron anomalías. Se realizó una exploración de resonancia magnética en la que se observó una disección en la porción distal (V3) de la arteria vertebral derecha. Se describe la utilidad de la realización de la resonancia magnética en los servicios de urgencias en patología neurológica. [Emergencias 2009;21:65-67]

Palabras clave: Resonancia magnética. Patología neurológica. Servicio de urgencias.

Introducción

La disección de los troncos supraórticos es una causa infrecuente de accidente cerebrovascular agudo (2%), aunque su importancia como factor etiológico aumenta considerablemente (10-25%) si se tiene en cuenta los eventos isquémicos cerebrales en pacientes jóvenes. El dolor cervical unilateral y la presencia de focalidad neurológica intermitente son manifestaciones típicas de esta entidad. El intervalo medio entre la aparición del dolor cervical y los síntomas neurológicos es de 15 días. Los fenómenos isquémicos cerebrales aparecen en hasta el 90% de los pacientes con disección de la arteria vertebral y pueden afectar al tronco del encéfalo, en especial a la porción lateral del bulbo (síndrome de Wallenberg), así como a los tálamos o los hemisferios cerebrales o cerebelosos, aunque su presentación en forma de accidente vascular cerebral isquémico (AIT) es menos frecuente que en las disecciones del sistema carotídeo¹.

Caso clínico

Varón de 28 años, que acude al servicio de urgencias (SU) del un hospital terciario tras haber presentado un episodio de debilidad en la extremidad superior izquierda, desviación de la comisura bucal, y alteración del lenguaje de aproximadamente dos horas de duración con recuperación completa. Refiere haber presentado en las horas previas además varios episodios de visión doble de una hora de duración. El paciente no presenta antecedentes médicos o familiares relevantes y niega la ingesta de medicación o sustancias tóxicas alguna. Refiere haber presentado dolor cervical y occipital derecho desde hace 2 semanas después de dormir en un coche al acudir a un Gran Premio de Fórmula Uno. En las últimas semanas ha presentado además múltiples accesos de tos.

En el momento de la exploración el paciente está consciente y orientado, con constantes vitales normales salvo hipertensión sistólica leve (150/75 mm Hg). La exploración clínica del paciente fue



Figura 1. Imagen de resonancia magnética en plano axial obtenida con secuencia FLAIR. Muestra la presencia de una alteración de la señal en la porción antero-inferior del tálamo derecho que era visible de forma retrospectiva en el estudio de tomografía computarizada practicado. Imágenes adicionales de RM no mostradas evidenciaban la presencia de una zona adicional de señal anormal en el hemisferio cerebeloso derecho. Ambas lesiones sugerían una etiología isquémica.



Figura 2. Imagen de resonancia magnética en plano axial potenciada en T1 con saturación de la señal de la grasa. Se observa la presencia de una semiluna de alta intensidad de señal rodeando al vacío de flujo de la arteria vertebral derecha en su segmento distal que probablemente representa la existencia de un hematoma intramural.

normal. El electrocardiograma (ECG), la radiografía de tórax y la tomografía computarizada (TC) craneal fueron también normales. Ante la sospecha inducida por el dolor de un posible cuadro de disección vascular, se decidió la realización de una resonancia magnética (RM) que resultó diagnóstica. Se evidenció un infarto en núcleos anteriores talámicos y hemisferio cerebeloso derechos secundarios a la presencia de una disección en la porción distal (V3) de la arteria vertebral derecha (Figuras 1, 2 y 3).

Discusión

La sintomatología referida por el paciente sugería la presencia de un AIT. La disección de los troncos supraórticos es una causa poco frecuente de accidente cerebro-vascular agudo (2%), aunque su importancia aumenta si se tiene en cuenta los eventos isquémicos cerebrales en pacientes jóvenes, y constituyen entonces entre un 10 y un 25% de los casos.

El paciente no tenía antecedentes médicos o familiares relevantes, o hallazgos clínicos que sugirieran una colagenopatía. Aunque no existe un precipitante claro de la posible disección, hasta 3 factores de riesgo pueden considerarse en este



Figura 3. Proyección de intensidad máxima en plano coronal obtenida a partir de una secuencia de angiografía por resonancia magnética con contraste. La angiografía por resonancia magnética con contraste confirmó la existencia de un adelgazamiento marcado (signo de la cuerda) en la porción de la arteria vertebral derecha (V3).

paciente: el giro repetido del cuello de forma brusca durante la visualización de una carrera de coches, haber permanecido durante un largo

tiempo durmiendo con el cuello en una posición anómala o, incluso, accesos repetidos de tos pudieron desencadenar la disección².

Gracias a una accesibilidad cada vez mayor a la realización de RM en los SU, esta técnica se está convirtiendo en una modalidad inicial de diagnóstico por imagen de elección en la evaluación de múltiples patologías del sistema nervioso central en patología urgente: en el síndrome de compresión medular –más segura y con mayor delimitación de las estructuras respecto a la TC con mielografía, en la sospecha de trombosis de senos venosos y disección de arterias cerebrales, ya que posee una gran sensibilidad para la detección de isquemia cerebral, permite una adecuada delimitación de la luz vascular en las técnicas con contraste, permite identificar la existencia de un hematoma intramural y, además, es más segura y barata que la angiografía endovascular convencional en este tipo de patologías^{3,4}; y, de forma emergente y cada vez más estandarizada en ciertos servicios, en la evaluación de meningoencefalitis –sospecha de encefalitis herpética–, vasculitis no infecciosa, hemorragias subaracnoideas, trombosis venosa cerebral y en la evaluación del ictus agudo^{5,6}. En nuestro caso, la no disposición u omisión de la realización de esta técnica habría supuesto un po-

sible diagnóstico erróneo con un tratamiento y pronósticos inadecuados.

Otras técnicas radiológicas que se podrían haber utilizado ante sospecha de disección arterial habrían sido la angiografía por TC que, con los nuevos equipos de multicorte, también pueden constituir una adecuada alternativa para el diagnóstico y, habitualmente, es más accesible de forma urgente⁷, y la ecografía de troncos supra-aórticos, aunque ésta, que puede detectar anomalías en los patrones de flujo, raramente logra identificar la propia disección.

Bibliografía

- 1 Schievink W. Spontaneous dissection of the carotid and vertebral vessels. *N Engl J Med* 2001;344:898-906.
- 2 Savitz SI, Caplan LR. Vertebrobasilar disease. *N Engl J Med* 2005;352:2618-26.
- 3 Tay et al. Imaging of the vertebral artery. *Eur Radiol* 2005;15:1329-43.
- 4 Auer A, Felber S, Schmidauer C, Waldenberger P, Aichner F. Magnetic resonance angiographic and clinical features of extracranial vertebral artery dissection. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1998;64:474-81.
- 5 Quint DJ. Indications for emergent MRI of the central nervous system. *JAMA* 2000;16:853-5.
- 6 Lain N, Julián A, Nuñez AB, Barrero C, Aguilar JL, Crespo R. Trombosis venosa cerebral. Una realidad en Urgencias. *Emergencias* 2007;19:99-103.
- 7 Chen CJ, Tseng YC, Lee TH, Hsu HL, See LC. Multisection CT angiography compared with catheter angiography in diagnosing vertebral artery dissection. *Am J Neuroradiol* 2004;25:263-70.

Self-limiting episodes of weakness of the left upper limb and dysphasia in a young man

Concepción Aramendia L, Llorens P, López-Andújar Aguiriano L, Martínez Beloqui E

A 28-year-old man came to the emergency department of a tertiary hospital after suffering several brief episodes of focal neurological deficit, with complete recovery, and various hour-long episodes of diplopia. There was no relevant past personal or family medical history. He reported feeling neck and right occipital pain that had developed after sleeping in a car during a Formula 1 Grand Prix event 2 weeks earlier, and had suffered repeated coughing fits over the previous weeks. There were no abnormal findings on clinical examination and the electrocardiogram, chest radiograph, and cranial computed tomography were normal. Magnetic resonance imaging was diagnostic, revealing dissection of the distal segment (V3) of the right vertebral artery. We discuss the utility of magnetic resonance imaging requested from the emergency room for neurological disorders. [*Emergencias* 2009;21:65-67]

Key words: Magnetic resonance. Neurological disorders. Emergency department.