



ICTUS EN MUJER JOVEN SIN APARENTE RIESGO ATEROSCLERÓTICO.

Autores: Vanessa Marques Barbosa ¹, Sara Aladro Escribano ², José Ignacio Delgado Redondo ³, Tarsila Gabriel Maia Nery ⁴, Elena de Dios Rodríguez ¹, Beatriz Montañez Gómez ³

¹Centro de Salud Miguel Armijo, ²Centro de Salud Garrido Sur, ³Centro de Salud Alamedilla, ⁴Centro de Salud Casto Prieto

UNIDAD DOCENTE MULTIDISCIPLINAR ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA SALAMANCA

INTRODUCCIÓN:

La estenosis de arterias intracraneales (EAI) supone sólo el **10%** de los ictus. Los ictus son secundarios a EAI cuando hay estenosis >50% en la arteria que irriga la zona y cuando no hay otra causa que lo justifique. En gente joven esta patología suele ser secundaria a vasculopatías no arterioescleróticas.

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Mujer de 27 años fumadora, diagnosticada de migrañas y tratada con ácido valproico. Acude a urgencias por difícil emisión de lenguaje y debilidad en extremidades derechas de horas de evolución.

Exploración: SatO2 98%, Tonos rítmicos a 86lpm. No signos de trombosis venosa. Disfasia motora. Paresia facial central derecha. Nistagmo horizontal bilateral. Plejía de brazo y pierna derecha. Hipoestesia en extremidades derechas. Babinski dudoso.

Pruebas complementarias:

Radiografía de Tórax: Normal.

TC Cerebral: Hipodensidad y borramiento de surcos en territorio de arteria cerebral media.

RMN DIAGNÓSTICA: **Infarto isquémico** en territorio de arteria cerebral media izquierda con afectación de ganglios basales y **estenosis en rama posterior de bifurcación de arteria cerebral media.**

Diagnóstico Diferencial: Accidente isquémico transitorio. Crisis comicial.

Tratamiento: Antiagregación e Ingreso en Neurología.

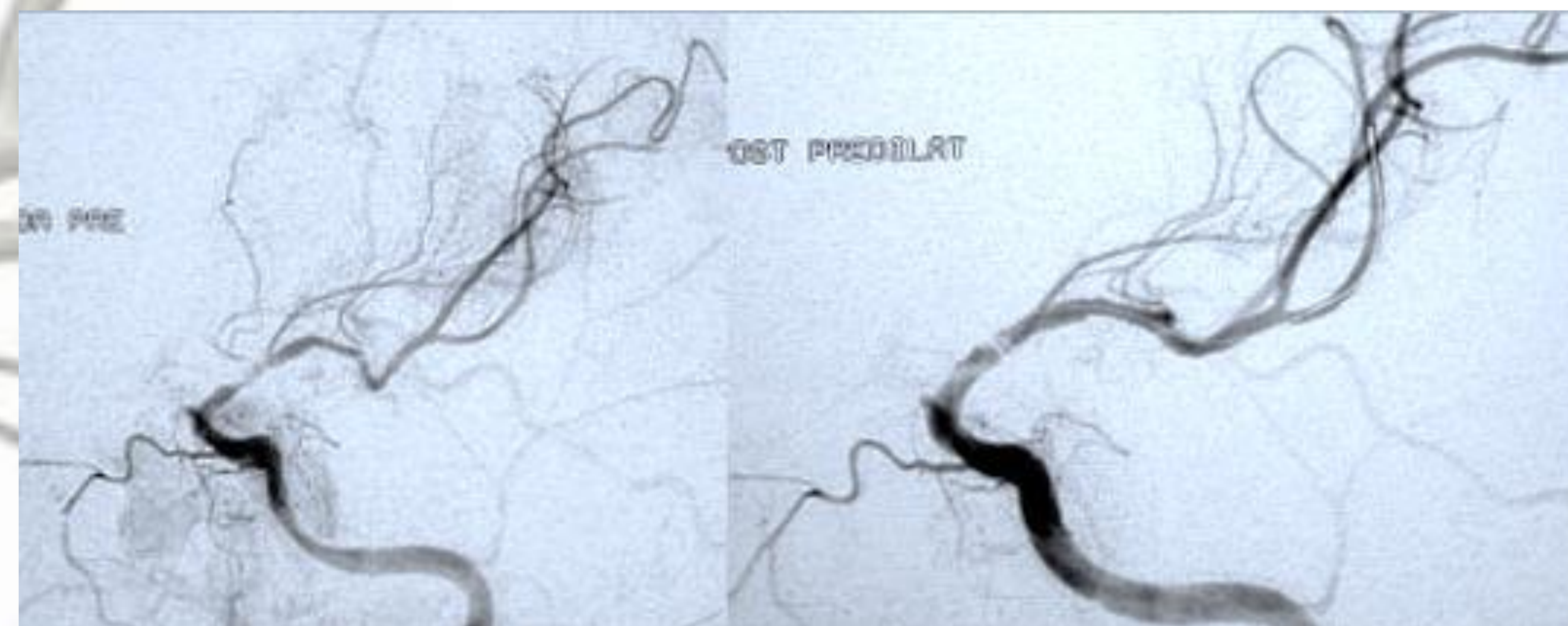
PALABRAS-CLAVE: Estenosis intracraneal, ictus, arteria cerebral media, vasculopatía.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN:

La paciente ha mejorado pautándose Adiro 300 y Atorvastatina. Al alta presentaba leve disfasia y debilidad de miembro superior derecho.

Un estudio mostró que del 10% de pacientes que han sufrido un ictus por EAI, 50% sufrirá un nuevo ictus en los siguientes 2 años a pesar de tratamiento antiagregante (que ha demostrado mayor eficacia que la warfarina). Si se cumplen los criterios adecuados se plantea colocar un stent en la arteria enferma.

Es vital hacer una búsqueda de causas etiológicas en estos pacientes para poder mantenerlos bien controlados. En este caso al no existir factores de riesgo que justifiquen el ictus, se ha procedido a hacer estudio de vasculopatías no ateroescleróticas que por el momento ha sido normal.



BIBLIOGRAFIA:

-Chaturvedi S, Turan TN, Lynn MJ, et al (2007) Risk factor status and vascular events in patients with symptomatic intracranial stenosis. *Neurology* 69: 2063-8.

-Qureshi A, Siddiqi F, Suri M, et al (2008) Intracranial stenosis in the young patients is a distinct syndrome. Paper presented at American Academy of Neurology Meeting, April 12-19, Chicago, IL.

-Método empleado: Recursos electrónicos: base de datos.