Infarto cerebral en el joven

Dra. Marcela Leal*, Dra. Beatriz Arciere**, Dra. Cristina Pérez Lago***

* Residente Neurología
** Neuróloga. Servicio Neurología del Hospital Maciel.
*** Jefe de Servicio de Neurología y Profesora Agregada de Clínica Médica 1. Hospital Maciel. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Montevideo. Uruguay.

Resumen: *El concepto de Ataque Cerebro Vascular (ACV) en el joven ha cambiado en los últimos años, se considera actualmente el ACV del joven el que se presenta en la población entre 15 y 50 a 55 años. Este trabajo describe las principales etiologías involucradas en el desarrollo del ACV en el joven y propone un algoritmo diagnóstico que debe ser ajustado a cada centro asistencial en función de las prestaciones con las que cuente.*

Abstract: *The definition of Cerebro Vascular Attack (CVA) in young people has changed over the last years, and is now considered as the one that occurs in people among 15 and 50 to 55 years of age. This article describes the main etiologies involved in the development of CVA in young people, and proposes a diagnostic algorithm which should be adapted in each health center regarding their own techniques.*

Palabras clave: ataque cerebrovascular, ACV del joven, algoritmo diagnóstico.
Key words: Cerebro Vascular Attack, CVA, young, diagnostic algorithm.

Introducción y concepto

El concepto de *Ataque Cerebro Vascular* (ACV) en el joven ha cambiado en los últimos años, definiéndose actualmente como aquel que se presenta entre los 15 y 50 a 55 años[1-3, 6]. Corresponde a un 5 a 14%[1-3] del total de los ACV y predomina en el sexo masculino. Suele asociarse a condiciones infrecuentes como estados de hipercoagulabilidad, enfermedades genéticas o malformaciones vasculares. Sin embargo, se ha observado un aumento de su incidencia vinculada a la presencia de factores de riesgo vascular clásicos como tabaquismo, hipertensión arterial, dislipemia, obesidad, diabetes y estrés psicosocial.

Etiología

En relación a la literatura revisada, la mayor frecuencia de los ACV isquémicos está vinculada a etiologías inhabituales (16,4%)[2] como disección arterial, trombofilias, otras enfermedades hematológicas e infarto migrañoso. La ateromatosis compleja del cayado aórtico y ciertas enfermedades genéticas monogóticas como la enfermedad de Fabry son etiologías emergentes que deben ser consideradas. Las causas indeterminadas representan el 14,3%[2] mientras que las cardioembólicas el 7,1%[2].

En relación a las causas inhabituales cabe mencionar que la hiperhomocisteinemia adquirida o por mutación del gen MTHFR es la alteración más frecuente, seguida del déficit de proteína S o C y la mutación del factor V de Leiden[6].

En el cuadro 1 se resumen las etiologías a tener presentes.

Algoritmo diagnóstico

Se sugiere la realización de los pasos diagnósticos establecidos en el algoritmo del cuadro 2 para la valoración del mecanismo etiopatogénico. Debe tenerse en cuenta que el algoritmo es solo una guía, dado que algunos de los estudios mencionados no están disponibles en todos los centros de asistencia.

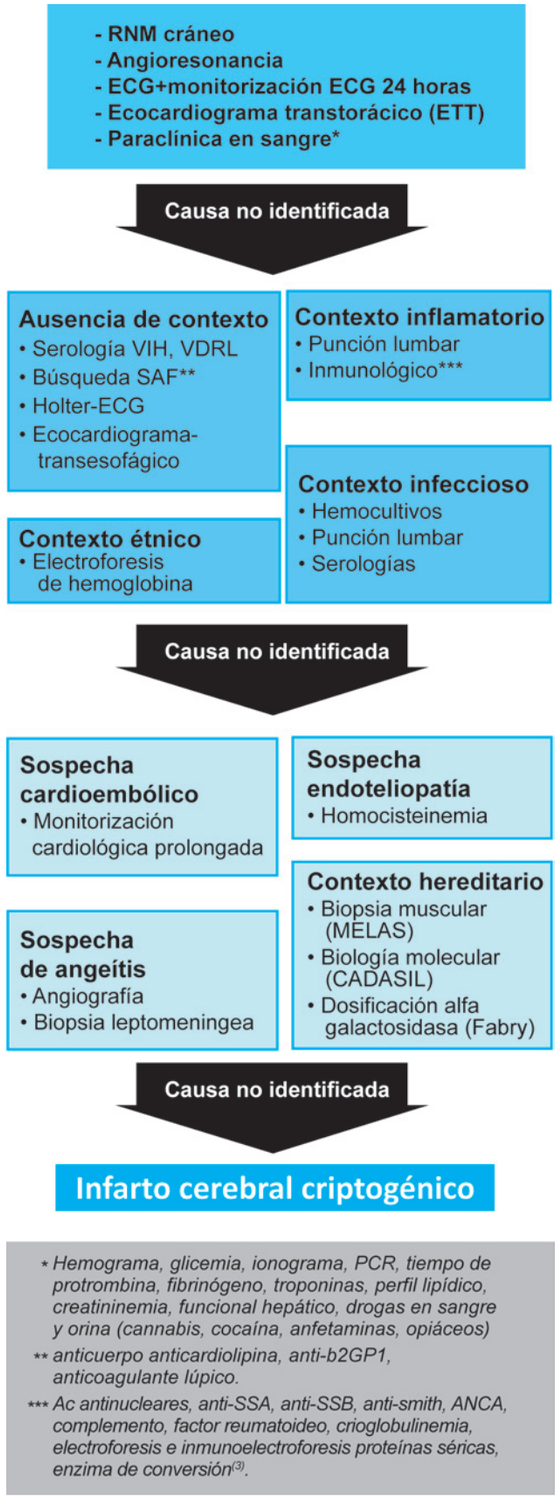
En el primer escalón se destacan los estudios:

- de neuroimagen,
- cardiovasculares,
- de sangre y
- de orina.

E-mail: cperezlago@gmail.com

Etiologías de infarto cerebral en el joven
Angiopatía no ateroesclerótica
• Disección arterial craneocefálica • Displasia fibromuscular • Enfermedad de Moyamoya • Angeítis • Enfermedades hereditarias y genéticas (Fabry, CADASIL, MELAS, HERNS*) • Síndrome de vasoconstricción cerebral reversible • Síndrome de Susac • Síndrome de Sneddon
Cardioembolismo
• Enfermedad reumática • Foramen oval permeable • Aneurisma del septum atrial • Válvula protésica • Infarto de miocardio • Endocarditis infecciosa • Fibrilación auricular • Cardiomiopatía dilatada (Enfermedad de Chagas) • Prolapso de válvula mitral • Mixomatosis atrial • Endocarditis Libman-Sacks y Marantic
Aterosclerosis de grandes vasos
Enfermedad de pequeño vaso
Condiciones hematológicas (estados protrombóticos)
• Púrpura trombocitopénico • Drepanocitosis • Síndrome antifosfolipídico • Hiperhomocisteinemia • Anemia de células falciformes • Desórdenes mieloproliferativos • Factor V Leiden • Mutación 20210A de protrombina • Deficiencia proteína C y S • Deficiencia antitrombina III
**Arteriopatía Cerebral Autosómica Dominante con Infartos subcorticales y Leucoencefalopatia (CADASIL). Encefalomiopatía Mitocondrial, Acidosis Láctica y episodios similares a Stroke (MELAS). Endoteliopatía con Retinopatía, Neuropatía y Stroke Hereditario (HERNS)[3] modificado.*

Cuadro 1



Cuadro 2

La resonancia magnética de cráneo (RM) con angiorresonancia se menciona como el estudio de neuroimagen principal, pero puede ser sustituida por tomografía de cráneo (TAC) con angiotomografía o TAC de cráneo con ecodoppler de vasos de cuello de acuerdo a la disponibilidad.

En el caso de no identificar una causa, en base a los estudios previamente analizados, se prosigue con otros de acuerdo al planteo clínico y contexto del paciente.

Cuando no es posible identificar una etiología se considera al infarto cerebral como criptogénico.

Conclusiones

Como se ha analizado, se establece actualmente un límite superior de edad en 50 a 55 años para definir el infarto cerebral en el joven.

El mecanismo etiopatogénico más frecuente corresponde a la causa inhabitual (16,4%) seguido de la indeterminada (14,3%) y la cardioembólica (7,1%).

Las causas inhabituales más comunes son la disección arterial y la trombofilia, así como otras enfermedades hematológicas.

Se establece un algoritmo diagnóstico para la entidad analizada cuyo primer escalón debe ser adaptado al centro asistencial donde se trabaje dado que la disponibilidad de RM con angiorresonancia de urgencia es limitada.

La no identificación de una etiología, de acuerdo a lo establecido en el esquema, define su origen como criptogénico.

Recibido: 17/10/2016
Aprobado: 20/11/2016

Bibliografía

1. González F.J., Pérez P., De Felipe A., Ictus en adultos jóvenes: incidencia, factores de riesgo, tratamiento y pronóstico, Revista Clínica Española. Obtenido de http:/dx.doi.org/10.1016/j.rce. Consulta 2016.05.008
2. Arboix A., Massons J., Ictus en adultos jóvenes: rasgos clínicos y frecuencia de presentación en 280 pacientes según el subtipo etiológico. Revista Medicina Clínica. 2016;146(5): 207-211.
3. Calvet D. Infarctus cérébral du sujet jeune. La revue de medecine interne. 2016;37: 19-24.
4. Fábio Iuji Yamamoto, Isquemic stroke in young adults: an overview of etiological aspects, Arq. Neuro-Psiquiatric. 2012;70 (6): 462-465.
5. Chatzikonstantinou A., Wolf M, Isquemic stroke in young adults: classification and risk factors. J Neurol. 2012;259: 653-659.
6. Martínez M., Cazorla R, Rodríguez L.A., Estados de hipercoagulabilidad e ictus isquémico en pacientes jóvenes. Neurología. 2010; 25(6); 343-348.