

Autores: Camila Rivera¹, Sofía Arellano¹, Marcela Rivas¹, Francisca Cabeza¹.
Tutor: Dr. Luis Ramírez.²
Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Santiago de Chile¹
Servicio de Medicina Interna, Hospital San José.²

CASO CLÍNICO

Mujer de 33 años con antecedentes de LES e hipertensión arterial. Consulta en Urgencias por disartria, hemiparesia facio-braquio-crural y hemihipoestesia derecha, hemodinámicamente estable. Tomografía computarizada de cerebro sin contraste evidencia lesión nodular hipodensa en región talámica izquierda. Se interpreta como ACV isquémico y se trata como tal. Se realiza punción lumbar (PL), que evidencia líquido cefalorraquídeo (LCR) con parámetros normales. A los 8 días se realiza Resonancia Nuclear Magnética (RNM), que evidencia **“engrosamiento parietal concéntrico, liso y difuso arterial intracraneal, compatible con vasculitis del sistema nervioso central secundario a LES” (Fig 1-2)**, considerado etiología de ACV. Destaca compromiso renal.



Fig 1: RNM de pared de vaso con contraste.

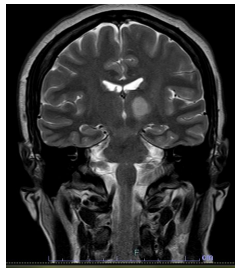


Fig 2: RNM de cerebro con contraste.

INTRODUCCIÓN

En pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) los reportes de accidente cerebrovascular (ACV) isquémico se presentan hasta en un 19% de los pacientes. Los mecanismos del ACV en estos pacientes son heterogéneos incluyendo trombosis venosa, tromboembolismo e infarto de vaso pequeño. La vasculitis como causa de ACV isquémico es inusual.

PREGUNTA CLÍNICA

“¿En pacientes con LES que presentan ACV isquémico confirmado, existe un método para sospechar etiología vasculítica de forma temprana?”

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisó evidencia en Pubmed y UpToDate, buscando pruebas complementarias que permitan sospechar vasculitis en pacientes con ACV isquémico y LES, dado que inicialmente la sospecha etiológica era hipertensiva.

RESOLUCIÓN DEL CASO

Dado LES en alta actividad que provocó vasculitis del SNC, se comienza tratamiento con corticoides y Rituximab. Evolucionó favorablemente y se dió de alta con tratamiento controlador de actividad lúpica.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La evidencia de actividad lúpica aumenta la sospecha de clínica neurológica atribuible a LES. Si bien no existe *gold standard* para diagnosticar vasculitis en SNC en estos pacientes, existen exámenes que pueden contribuir a realizar el diagnóstico como la RNM, angiografía y PL. En este caso, la sospecha se basó en la RNM.

Se necesitan más estudios observacionales que permitan determinar el diagnóstico etiológico precozmente y comenzar tempranamente la supresión de actividad lúpica.

REFERENCIAS

1. Daniel J Wallace, MD Dafna D Gladman, MD, FRCPC. Neurologic and neuropsychiatric manifestations of systemic lupus erythematosus. UpToDate.
2. Ellis SG, Verity MA. Central nervous system involvement in systemic lupus erythematosus: a review of neuropathologic findings in 57 cases, 1955–1977. *Semin Arthritis Rheum.* 1979 Feb;8(3):212-21. doi: 10.1016/s0049-0172(79)80009-8. PMID: 424765.
3. Obusec EC, Hui F, Hajj-Ali RA, Cerejo R, Calabrese LH, Hammad T, Jones SE. High-resolution MRI vessel wall imaging: spatial and temporal patterns of reversible cerebral vasoconstriction syndrome and central nervous system vasculitis. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2014 Aug;35(8):1527-32. doi: 10.3174/ajnr.A3909. Epub 2014 Apr 10. PMID: 24722305; PMCID: PMC7964439.
4. Böckle BC, Jara D, Aichhorn K, Junker D, Berger T, Ratzinger G, Sepp NT. Cerebral large vessel vasculitis in systemic lupus erythematosus. *Lupus.* 2014 Nov;23(13):1417-21. doi: 10.1177/0961203314541689. Epub 2014 Jun 26. PMID: 24969082.