

# ICTUS ISQUÉMICO DE ETIOLOGÍA POCO COMÚN: CUANDO EL ECOCARDIOGRAMA TIENE LA RESPUESTA



Roel García, A<sup>1</sup>; Fernández Couto, M.D<sup>1</sup>; Cajaraville Martínez, S<sup>1</sup>; Rivas López, M<sup>1</sup>; Feal Panceiras, M.J<sup>1</sup>; Muñoz Enriquez, J.G<sup>1</sup>; Valdes Aymerich, L<sup>1</sup>; Cores Bartolome, C<sup>1</sup>; Fábregas Casal, R<sup>2</sup>; Castellanos Rodríguez, M.M<sup>1</sup>. Servicio de Neurología<sup>1</sup> y Unidad de Imagen Cardíaca<sup>2</sup> del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

## INTRODUCCIÓN:

Existen distintos tipos de amiloidosis sistémicas, siendo la amiloidosis de cadenas ligeras de inmunoglobulinas (AL) el tipo más común. Todas ellas dan lugar al depósito de una proteína anormal, insoluble, conocida como amiloide, que conlleva el fallo orgánico.

Las complicaciones del SNC son menos frecuentes que las del SNP, y se han descrito pocos casos en la literatura de ictus isquémicos en relación con esta patología.

## CASO CLÍNICO:

Mujer de 72 años, con síntomas de insuficiencia cardíaca congestiva en los 8 meses previos y un primer ingreso en Medicina Interna por este motivo en diciembre/16. En ETT se objetivaba una miocardiopatía restrictiva, por lo que se completa el estudio con una RMN cardíaca que se informa como hipertrofia focal y se realiza una biopsia de grasa subcutánea, negativa para amiloidosis sistémica. Fue dada de alta con tratamiento diurético y remitida a consultas externas de Insuficiencia Cardíaca avanzada.

En enero/17 acude a Urgencias por presentar un ictus isquémico agudo en territorio de ACM derecha, del despertar. Sin contraindicaciones tras TC cerebral multimodal, se lleva a cabo fibrinólisis sistémica con ingreso posteriormente en Unidad de Ictus.

Sin alteraciones en el estudio ultrasonográfico carotídeo y transcraneal y monitorización cardíaca durante 72 horas, se repite ETT con resultado compatible con miocardiopatía infiltrativa/depósito. Siendo la principal sospecha diagnóstica la de amiloidosis sistémica (a pesar de los resultados previamente obtenidos en la RMN cardíaca y la biopsia grasa), se solicita gammagrafía con Tc99, negativa para amiloidosis transtirretina, y posteriormente biopsia de médula ósea, que confirma amiloidosis AL.

Se considera que el ictus tiene mecanismo cardioembólico en relación con amiloidosis primaria sistémica con afectación cardíaca, iniciándose anticoagulación con tinzaparina sódica subcutánea como prevención secundaria.

La paciente fue trasladada a Rehabilitación, con evolución favorable tanto desde el punto de vista neurológico (mRS 2 a los 3 meses) como cardíaco. Actualmente, recibe tratamiento quimioterápico con respuesta también favorable.

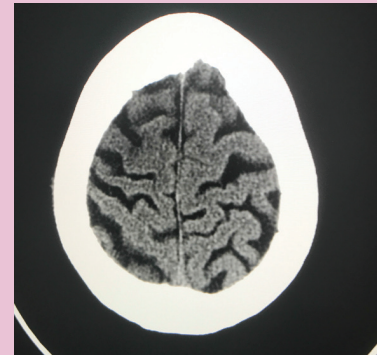


Imagen 1) TC cerebral de control post-fibrinólisis

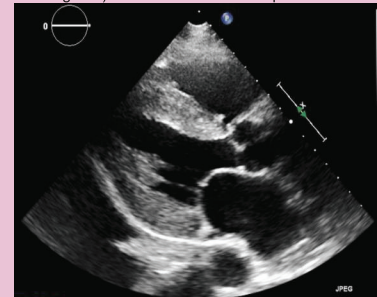


Imagen 2) ETT plano parasagital eje largo

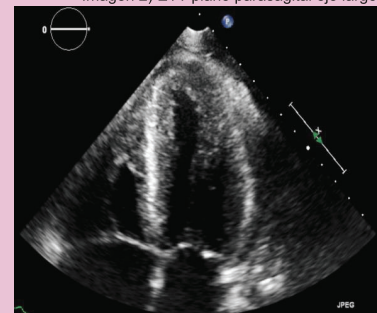


Imagen 3) ETT plano 4 cámaras

## CONCLUSIONES:

Los ictus son una posible complicación de las amiloidosis sistémicas, pudiendo constituir la primera manifestación de la enfermedad. El principal mecanismo etiológico es el cardioembólico. En un alto porcentaje de los casos sospecharemos esta etiología por el resultado del ETT.

La supervivencia depende del tratamiento específico de la enfermedad, siendo esencial un diagnóstico temprano ya que puede mejorar el pronóstico.

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Primary systemic amyloidosis with ischemic stroke as a presenting complication. Alexander Y. Zubkov, MD, PhD, et al. Neurology 2007; 69:1136-1141.
2. Systemic amyloidosis. Ashutosh D Wechalekar, Julian D Gillmore, Philip N Hawkins. Lancet 2016; 387:2641-54.
3. AL (Light-Chain) cardiac amyloidosis, a review of diagnosis and therapy. Rodney H. Falk, MD, et al. Journal of the American College of Cardiology 2016; Vol 68, no 12.