

PATOLOGIA - CARDIOLOGIA

ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL EN PACIENTE JOVEN

Ligia González Cordero*

SUMMARY

fatal stroke in a young person.
A 27 year old female was referred to Hospital México from a rural hospital with an stroke. A CAT scan showed an infarction of left cerebral parietal lobe. Additionally, mitral valvulopathy with stenosis was suspected because of cardiac auscultation findings. Autopsy findings suggested a rheumatic fever origin. She presented a mural thrombus in the left atrium, which was through to be the cause of the cerebral infarct. The medical literature stresses the fact that inadequate prevention of streptococcal faringitis is a major cause of valvular diseases due to rheumatic fever in developing countries.

INTRODUCCION

Se presenta revisión de un caso de autopsia (A95-93) de accidente vascular cerebral en paciente joven, realizada en el Servicio de Anatomía Patológica del hospital México, San José - Costa Rica.

A) Resumen de Historia Clínica

Una mujer de 27 años, residente en Veracruz de los Chiles de Upala, fue admitida a este Hospital con los diagnósticos de enfermedad cerebrovascular tipo trombótico y galactorrea. La paciente había sido atendida el mismo día, por la mañana, en el Hospital de Upala. El médico que la atendió en urgencias de dicho Hospital indica en la referencia que la enferma había sido llevada por los familiares

porque presentó afasia y hemiparesia del hemicuerpo derecho; los familiares relataron que la paciente estaba siendo valorada por una probable neoplasia de la hipófisis y que había tenido sangrado profuso en su último parto seis meses antes. En el examen físico se encontró consciente pero afásica, deshidratada y eupneica, con desviación de la comisura labial hacia la izquierda, datos de la hemiparesia flácida derecha y Babinski derecho. En el resto de la exploración no se encontró anomalías excepto la frecuencia cardíaca en 110/m. Se realizan exámenes de laboratorio que muestran Hb. 11.6, Hto, 34. 2, 9800 leucocitos con 96 segmentados, 3 físfos y 1 monocito, glicemia 103 mg, Nu 9.0 y creatinina 0.7 mg/dl; plaquetas 264 mil, transaminasas norma-

* Médico Asistente Especialista. Servicio de Anatomía Patológica, Hospital México. Caja Costarricense de Seguro Social. San José, Costa Rica.

** Revisión de caso de autopsia del Servicio de Anatomía Patológica, Hospital México (C.C.S.S.)

les y examen general de orina y heces normales. Se envía entonces a este Hospital con los diagnósticos de accidente vascular cerebral, a descartar tumor cerebral y una vía venosa con solución salina. El médico que la recibió en Urgencias de este Hospital corroboró la aparición aguda de la afasia motora-sensorial y la hemiparesia derecha. No encontró otros hallazgos exploratorios. En ese mismo día se le realiza un TAC solar y supratentorial con medio de contraste la cual se discute con el médico residente de neurocirugía que la interna con una lesión vascular (infarto) en el lóbulo parietal izquierdo con edema perilesional que oblitera parcialmente el cuerno anterior del ventrículo lateral; la silla turca sin lesiones. Poco después de hospitalizada en Neurología. El médico que la recibe en el piso vuelve a corroborar los datos anteriores. Encuentra la presión arterial en 140/80, el pulso 60/min. Y la temperatura 36,8 las mamas turgentes con galactorrea bilateral y ausculta en el área precordial un soplo sistólico 3/4 y reforzamiento del segundo ruido en el foco aórtico. Postula los diagnósticos de accidente cerebrovascular trombótico, a descartar valvulopatía mitral y, en interrogantes, observación por síndrome de Sheehan. Le indica vigilancia permanente de su estado de consciencia, signos vitales cada cuatro horas, solución mixta intravenosa cada 12/horas 500 ml. Al día siguiente se comprueba de nuevo la presencia de un soplo protosistólico con desdoblamiento amplio del segundo ruido sugestivo de insuficiencia mitral. Se le solicitan nuevos exámenes de laboratorio y gabinetes, incluyendo determinaciones de HIV, y

prolactina. Se le deja sonda vesical permanente, heparina subcutánea, aspirina y cimetidina a través de la sonda nasogástrica y solución salina alternando con mixta un Lt. de cada uno, i.v. por día. Poco después el médico residente de Neurología tiene la oportunidad de interrogar a un hermano de la paciente quien refirió que la paciente estaba sana hasta su aparición de su cuadro neurológico, que no estaba siendo atendida por problemas hormonales y que estaba lactando a su hijo de cuatro meses; tenía un parto y gesta anteriores normales. Se revaloró el fondo de ojo y se efectuó una punción lumbar que obtuvo líquido como agua de roca cuyo análisis después de centrifugado, mostró eritrocitos 10 mm³, leucocitos ausentes, glucosa 73 mg y proteínas totales 81 mg/dl. Los nuevos exámenes de laboratorio mostraron H.B. 13.6, Hto. 40.4, 15100 leucocitos con 72 neutrófilos, 18 linfos, 4 monocitos, y 6 bandas; glicemia 190 miligramos, creatinina 1.32, calcio 7.0, sodio 148, y potasio 3.5 mmol/l; Ph 7.27; Po₂, 70.2; Pco₂, 27.4. Al día siguiente en horas de la noche hace paro cardiorespiratorio del cual logra recuperarse con intensas maniobras de resucitación, al entubarla se observaron y se extrajeron abundantes secreciones purulentas, traqueobronquiales. Persiste luego con tendencia a la hipotensión a pesar de la infusión permanente de la dopamina. Al día siguiente es trasladada a la Unidad de Terapia Intensiva, hace un nuevo episodio de paro cardio-respiratorio y fallece.

B) Resumen de protocolo de autopsia A-95-93

Cadáver femenino joven, cuyos ha-

llazgos patológicos más notorios encontrados en el corazón que pesó un peso dentro de lo normal (260 g) y cuya válvula mitral estaba fuertemente alterada con orificio ovoidal estrecho de 1.2 x 0.5 cms, por engrosamiento, acortamiento y fusión de las valvas y cuerdas tendinosas, con presencia acartonada blanquecina e estenosis. Microscópicamente presentaba extensa fibrosis hialina achacable a secuelas de un origen reumático. Aurícula izquierda dilatada con trombo mural reciente en orejuela de 1.8 cms de diámetro. El trombo en la aurícula izquierda empuja émbolos por la circulación sistémica al cerebro, que pesó 1150 g, y presentó infarto reciente del hemisferio izquierdo: lóbulo parietal, con edema y herniación de circunvolución del polo anterior izquierdo y de amígdala cerebelosas. Como hallazgos concomitantes tenemos un hígado con moderada esteatosis, congestión y necrosis centrolobulillar atribuible a insuficiencia cardíaca congestiva, al igual que esplenomegalia congestiva. Además bronconeumonía bilateral y congestión pasiva crónica con macrófagos con hemosiderina en alveolos, focos de edema debidos a insuficiencia cardíaca izquierda. Hay pues datos de que la paciente falleció en insuficiencia cardíaca global. Como manifestaciones patológicas de menor trascendencia encontramos ulceras agudas en laringe y tráquea, hemorragia difusa en estómago, colerolosis de vesícula biliar y una aterosclerosis aórtica muy leve con triás lipóideas en un 25% de la íntima. La mama presentaba características de lactantes y en riñones infartos antiguos y recientes.

DIAGNOSTICOS ANATOMO-PATOLOGICOS AUTOPSIA N° A-95-93

1) Valvulopatía mitral crónica con extensa fibrosis hialinizada y con estenosis severa (orificio de 1.2 x 0.5 cm) de origen reumático.

2) Corazón (260 gramos) con dilatación y fibrosis subendocárdica de aurícula izquierda.

3) Trombosis mural reciente de aurícula izquierda (orejuela).

4) Infartos recientes en:

1) Cerebro: Lóbulo parietal izquierdo, con edema y herniación de circunvolución de hipocampo izquierdo y de amígdalas cerebelosas.

2) Riñones: y (también con infartos antiguos).

3) Hígado (1150 gramos) con esteatosis moderada y severa congestión con necrosis centrolobulillar.

4) Esplenomegalia congestiva (190 gramos).

5) Bronconeumonía bilateral.

6) Pulmones con congestión pasiva crónica y edema.

7) Traqueítis aguda erosiva

8) Úlceras agudas en laringe

9) Gastritis aguda con extensa hemorragia difusa.

10) Colesterosis de vesícula biliar

11) Aterosclerosis aórtica leve (IA).

Tenemos pues como causa de muerte:

a) Edema cerebral con herniación de circunvolución del hipocampo izquierdo y de amígdalas cerebelosas.

b) Infarto cerebral reciente de lóbulo parietal izquierdo.

c) Valvulopatía mitral de origen reumático, con trombo mural reciente en

aurícula izquierda, e insuficiencia cardíaca global.

2) Bronconeumonía

COMENTARIO

Se trató de una mujer joven, de área rural, en etapa de lactancia posterior a un parto reciente que súbitamente presentó cuadro clínico neurológico atribuible a accidente vascular cerebral con afasia motora-sensorial y hemiparesia derecha. Venía referida del Hospital de Upala. Ya internada en el Hospital México se comprobó por TAC la presencia de un infarto en lóbulo parietal izquierdo, y se le encontraron datos auscultatorios en corazón atribuibles a valvulopatía mitral reumática cuya enfermedad inicial pasó desapercibida. Evoluciona torpidamente hasta la muerte. En la autopsia se encontró valvulopatía mitral de origen reumático, con trombo mural en aurícula izquierda que embolizó a circulación sistémica produciendo infarto cerebral reciente en lóbulo parietal izquierdo con edema y herniación, que fue la causa inmediata de muerte. Hay hallazgos sistémicos de insuficiencia cardíaca global. La cardiopatía reumática, de acuerdo con el progreso de la medicina ha ido disminuyendo en los países desarrollados, no así en los que están en vías de desarrollo en donde esta entidad es consecuencia de inadecuada prevención cuanto se refiere a tratamiento radical de las faringoamigdalitis estreptocócicas, con lo cual la muerte de mujeres jóvenes complicadas, como el presente caso, pudieron ser evitadas. Sin embargo en la literatura (1) se describen también respuestas inmunes anormales a las faringitis estrepto-

cócicas, que son genéticamente determinadas y responsables de las manifestaciones de la fiebre reumática.

RESUMEN

Mujer de 27 años de edad de área rural que ingresó con cuadro de accidente vascular cerebral referida del Hospital de Upala. Se detectó por TAC infarto cerebral en lóbulo parietal izquierdo y se encontraron datos en corazón correspondientes a valvulopatía mitral con estenosis que se atribuyó en la autopsia a fiebre reumática. Presentó émbolo a circulación sistémica a partir de trombo en aurícula izquierda que fue causante del infarto cerebral. Falleció con signos histológicos francos de insuficiencia cardíaca global. Se atribuye en la literatura inadecuada prevención de la fiebre reumática en los países en vías de desarrollo y se anotan respuestas inmunes anormales a la faringitis estreptocócica.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Bezold, LI and J.T. Brickner. Acquired heart disease in children. *Curr. Opin Cardiol.* 9 (1): 121-9, Jan 1994.
- 2) Mc Laren, MJ, et al. Rheumatic heart disease in developing countries: the consequence of inadequate prevention; editorial, comment. *Ann Intern. Med.* 120 (3): 243-5, 1 Feb 1994.
- 3) Schwankhaus, SD. Preventing rheumatic heart disease in developing countries; letter, comment. *Ann. Intern. Med.* 121 (1): 77, 1 Jul 1994.
- 4) Vijaykumar, M, et al. Incidence of rheumatic fever and prevalence of rheumatic heart disease in India. *Int. J. Cardiol.* 43 (3): 221-8, 1 mar 1994.
- 5) Waller, BF, et al. Pathology of mitral valve stenosis and pure mitral regurgitation *Clin. Cardiol.* 17 (6): 330-6, Jun 1994.