



Sociedad Neurológica Argentina
Filial de la Federación Mundial
de Neurología

Neurología Argentina

www.elsevier.es/neurolarg

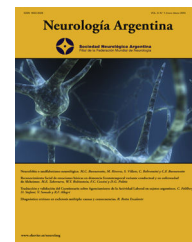


Imagen del mes

Embolia cálcica espontánea: una causa poco reconocida de infarto cerebral



Spontaneous calcified embolism: An unrecognized cause of cerebral infarction

Fátima Pantiu^{a,*}, Fernando Ferraro^b, Aníbal Chertcoff^a, Lucrecia Bando^a, Sol Pacha^a, Luciana León Cejas^a, Claudia Uribe-Roca^a, Carlos Rugilo^b y Pablo Bonardo^a

^a Servicio de Neurología, Hospital Británico de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

^b Servicio de Diagnóstico por Imágenes, Hospital Británico de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Introducción

La embolia cerebral cálcica suele ser consecuencia de procedimientos cardiovasculares. Las embolias cálcicas espontáneas (ECE) son una causa infrecuente de infarto cerebral (3%)¹ y pueden ser detectadas mediante la TC de cerebro sin contraste en la evaluación inicial de estos pacientes¹⁻⁴.

Caso clínico

Mujer de 66 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial y tabaquismo. Es hallada en domicilio con dificultad en el lenguaje y déficit motor derecho, desconociéndose el tiempo de evolución del mismo. Examen físico de ingreso: afasia de expresión, hemiparesia facio-braquio-crural derecha y hemianopsia homónima homolateral. TC de cerebro de ingreso: hipodensidad frontal derecha compatible con infarto cerebral e imagen de aspecto cálcico en porción distal de arteria cerebral media (ACM) derecha (figs. 1 y 2). Ecocardiograma transesofágico y Holter ECG 24 h: normales.

La paciente empeoró su déficit crural. Una TC cerebral de control evidenció aumento de la hipodensidad previamente descripta.

Comentario

Las ECE pueden ser secundarias a enfermedad aterosclerótica carotídea, del cayado aórtico y/o válvulas cardíacas^{2,4}. Debido a su diámetro reducido (2-3 mm) pueden pasar inadvertidas en uno de cada 4 pacientes¹. La importancia de su diagnóstico precoz radica en el alto riesgo de recurrencia (43%) de infarto embólico¹. Nuestra paciente empeoró el déficit motor, aunque no pudo evidenciarse una nueva ECE.

La detección de ECE en la TC inicial no contraindica el uso de tratamiento trombolítico, aunque los resultados descritos hasta el momento han sido controvertidos³. En nuestra paciente no se indicó tratamiento de revascularización en periodo agudo por desconocerse el tiempo de evolución de los síntomas.

El presente caso demuestra la utilidad de la TC de cerebro, método ampliamente disponible, en el evento cerebrovascular

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fpantiu@hotmail.com (F. Pantiu).

<https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2017.06.005>

1853-0028/© 2017 Sociedad Neurológica Argentina. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

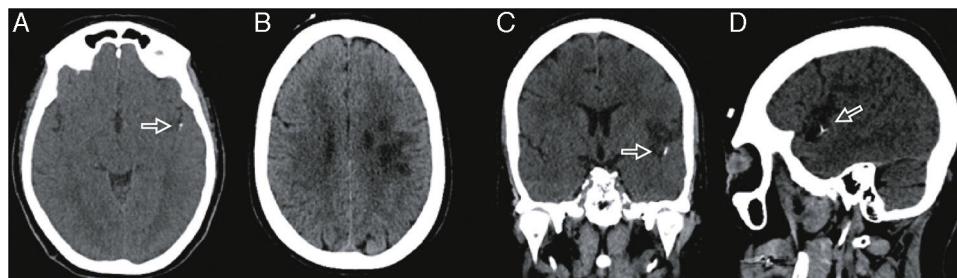


Figura 1 – TC de cerebro sin contraste, cortes axiales (A y B), coronal (C) y sagital (D). Imagen cálcica (→) en segmento M3 de la ACM izquierda asociada a hipodensidad córticosubcortical fronto-insular izquierda correspondiente a infarto cerebral agudo-subagudo.

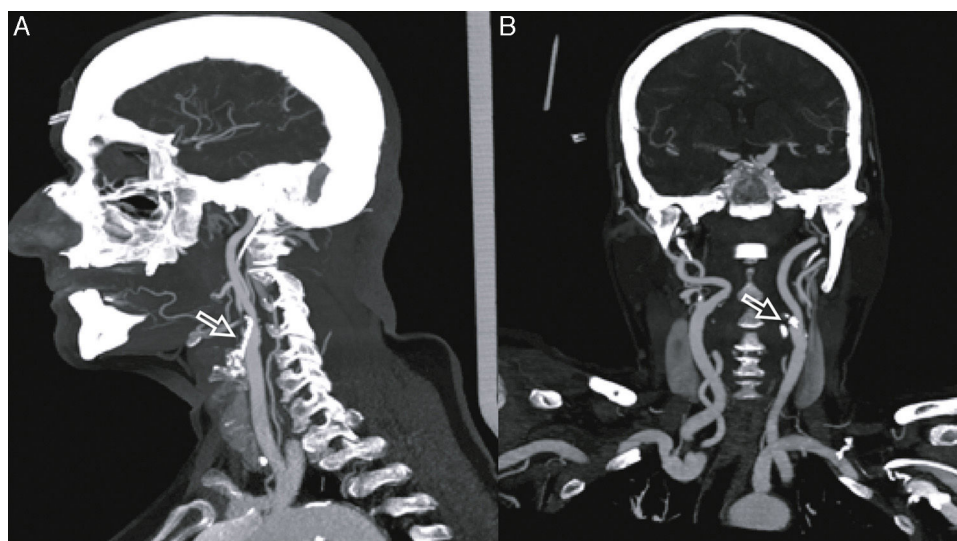


Figura 2 – Angio-TC de vasos de cuello, cortes sagital (A) y coronal (B). Estenosis proximal moderada de arteria carótida interna izquierda secundaria a placa fibrocálcica (→).

agudo y en especial su sensibilidad para la detección de una rara etiología de embolia cerebral como es la ECE.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Walker BS, Shah LM, Osborn AG. Calcified cerebral emboli, a “do not miss” imaging diagnosis: 22 new cases and review of the literature. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2014;35:1515-9.
2. Kavanagh EC, Fenton DM, Heran MKS, Lapointe JS, Nugent RA, Graeb DA. Calcified cerebral emboli. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2006;27:1996-9.
3. Gschwind M, Binaghi S, Zekeridou A, Michel P. Neurological picture. Dispersion and “salted pretzel sign” from thrombolysis of a spontaneous calcified embolus in an acute stroke. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2013;84:111-2.
4. Chandran V, Pai A, Rao S. Calcified embolism: A rare cause of cerebral infarction. *BMJ Case Rep.* 2013;2013.