

CLAUDICACION INTERMITENTE DE UNA PIerna, DE ORIGEN VASCULAR CEREBRAL. CUADRO INICIAL DE RETINOPATIA HIPOTONICA

RICARDO PUNCERNAU

*Médico Ayudante del Servicio de la Cátedra de Oftalmología
del Hospital Clínico*

*Neurólogo Asesor del Departamento de Angiología del Instituto Policlínico
Barcelona (España)*

Esta observación que publicamos tiene interés por dos razones. Una, por el aspecto de claudicación intermitente de la pierna con que se inició el cuadro. La segunda, por el aspecto inicial de retinopatía hipotónica, con presencia de un microaneurisma y una pequeña hemorragia.

El primer síntoma seguramente debido a la trombosis de la arteria cerebral anterior. El segundo, debido a la pérdida paulatina del riego sanguíneo, por estenosis de la carótida interna en el cuello.

OBSERVACIÓN

Se trata de un hombre de 46 años, que acude al Dispensario de la Cátedra de Oftalmología (Prof. Casanovas) enviado por el Departamento de Angiología del Servicio del Prof. Pedro-Pons, para su estudio neurooftalmológico.

Como antecedentes citemos unos dolores difusos de tipo reumatoideo y ulcer gástrico del que fue intervenido.

Los síntomas actuales se habían iniciado medio año antes. Estando cizando en el monte, de pronto nota una especie de sacudida en la pierna izquierda y queda con falta de fuerza en este miembro. Tiene que descansar un rato y, después, puede reanudar la marcha sin particular.

Después de este día, cada vez que andaba mucho, le repetía el cuadro con las mismas características. Esto le ha ocurrido en total unas diez o doce veces, durante estos meses.

Hace un mes, estando en el café del pueblo, nota como si de repente «se le hiciera oscuro» y sensación de que iba a perder la conciencia, pero sin llegar a ello; se iniciaron unas sacudidas rítmicas de toda la pierna izquierda, en forma de crisis jacksoniana motora. Queda impotencia funcional, que esta vez no recupera del todo y que se extiende aunque ligeramente al brazo del mismo lado. La pierna queda con una gran paresia global.

Sensación de «pesadez» en la cabeza. Se queja también de que tenía la visión borrosa y de que no podía leer bien.

En la mano izquierda tiene a veces los tres primeros dedos «como dormidos» pero sin frialdad ni cambio de coloración. Tuvo también ligera dificultad en la pronunciación de las palabras.

Examen oftalmológico

Agudeza visual en ojo derecho = 1 Agudeza visual en ojo izquierdo = 1. La pupila del ojo derecho es más grande que la del izquierdo. No obstante, todos los reflejos pupilares eran normales en ambos lados.

La motilidad ocular extrínseca era igualmente normal. Nunca se había quejado de diplopia.

Campos visuales: Ligera reducción concéntrica bilateral.

Fondo de ojo: Se aprecia en el lado derecho (fig. 1) una pequeña formación microaneurismática junto a la papila. Se aprecia también en este lado una pequeña mancha hemática de aspecto granujiento, de $1/3$ del tamaño papilar aproximadamente. Se trata de una sufusión hemorrágica establecida. Los vasos de este lado muestran menor calibre que en el otro lado.

Estudio de la tensión arterial retiniana:

Tensión arterial humeral en el momento de la prueba: 160/90 mm. Hg.

Enfermo sentado: Tensión arterial retiniana en ojo derecho: 55/30 gramos. En ojo izquierdo: 120/50 gramos.

Enfermo en decúbito: Tensión arterial retiniana en ojo derecho: 40/25 gramos. En ojo izquierdo: 130/60 gramos. Tensión ocular en ojo derecho = 12. En ojo izquierdo = 14'5 (Por ser estas tensiones oculares aproximadamente iguales, no se reducen los gramos de la tensión arterial retiniana a milímetros de mercurio).

Examen neurológico: Pares craneales, sin particular. Se aprecia una ligera disartria. No afasia.

Miembros superiores: En la prueba de los brazos extendidos hay al principio una caída paulatina del brazo izquierdo, que en seguida es supercompensada, ascendiendo entonces el brazo más arriba de la horizontal. El brazo derecho también sigue este movimiento hacia arriba. Fuerza segmentaria ligeramente disminuida a la izquierda.

No hay trastornos apráxicos.

No hay trastornos sensitivos, ni cerebelosos. No hay agnosia tactil.

Miembros inferiores: Déficit motor global en el lado izquierdo. Posición del muslo y de la pierna: en rotación externa. Reflejos rotulianos y aquileos más vivos a la izquierda. Reflejos plantares abolidos bilateralmente. Maniobra de la pierna de Barré, intensamente positiva a la izquierda. Hipoesisia en la pierna izquierda para las sensibilidades superficiales de tipo difuso. No se encuentran trastornos de sensibilidades profundas.

No hay trastornos cerebelosos. El aspecto de dismetría es de tipo motor en el lado afecto. Los reflejos abdominales son más vivos en el lado izquierdo. No se observan otros reflejos patológicos.

Examen angiológico (fig. 2): Soplo sistólico sobre la carótida, claramente audible a nivel del ángulo del maxilar inferior derecho. A la palpación se aprecia un ligero «thrill».

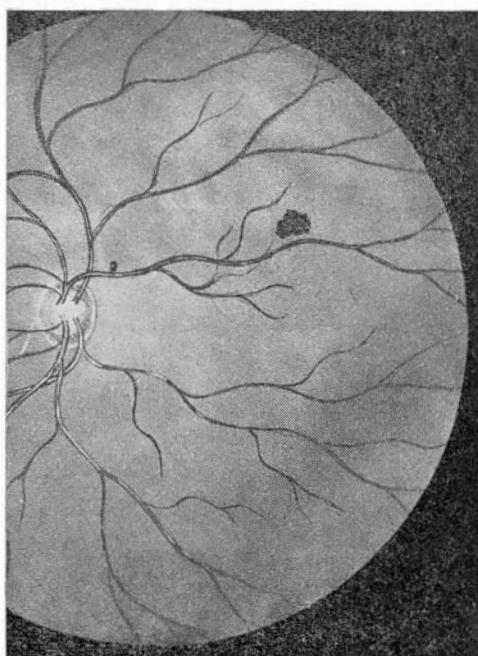


Fig. 1

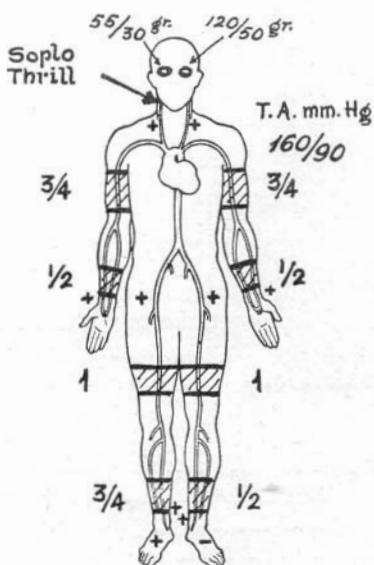


Fig. 2

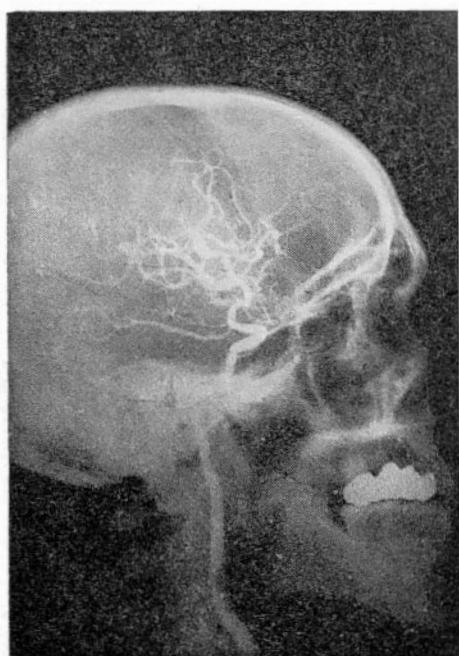


Fig. 3



Fig. 4

Tensión arterial, oscilometría y pulsatilidad periférica expresados en la figura 2.

Exámenes complementarios

Electroencefalograma (Serv. Prof. Pedro-Pons). Sobre un trazado de base bien integrado y organizado aparecen en forma ocasional formaciones lentificadas theta a nivel de la región rolánica temporal derecha, sin modificación del trazado de base regional (Dres. Samsó y Vila Badó).

Arteriografía de la carótida derecha (Serv. Prof. Pedro-Pons): A nivel del cuello se observa una estenosis de la carótida interna. La arteria cerebral anterior no se aprecia ni en la radiografía de frente ni en la de perfil (Dr. Soler) (figs. 3 y 4).

Exámenes de laboratorio, sin particular.

COMENTARIOS

Llama la atención en primer lugar el aspecto de claudicación intermitente de la pierna, que a primera vista podría haber llevado a pensar en una claudicación intermitente periférica.

En las fases más avanzadas, con la presentación de crisis motoras de tipo jacksoniano y la hemiparesia, el diagnóstico se hacia claro. Desde un punto de vista etiológico pensamos en una arterioesclerosis.

Otro hecho que merece comentario, en este caso, es ver hasta qué punto esta sintomatología podía ser atribuida a la estenosis de la carótida interna o a una probable trombosis de la arteria cerebral anterior.

La primitiva sintomatología intermitente, en los momentos de cansancio, hace pensar en que fuera debida a una estenosis. Esta estenosis también podía estar en la arteria cerebral anterior, que luego se hubiera trombosado definitivamente.

Irían a favor de este hecho el que se afectaba solamente la pierna. La afectación del brazo, en el momento de completarse la trombosis, era lo suficientemente ligera para pensar en la falta de riego de la cerebral anterior. La imagen arteriográfica, que parece demostrativa, no nos sirve para un diagnóstico de certeza absoluta. Con frecuencia en casos normales se observan faltas de relleno de las cerebrales anteriores. Tanto más en este caso en que el déficit circulatorio, por la estenosis de la carótida, era acentuado.

El electroencefalograma, en cambio, acusa más bien alteraciones en el territorio dependiente de la falta de riego de la carótida interna.

Sin embargo, no se puede descartar la posibilidad de que la primitiva sintomatología fuera debida a las dos afecciones, la de la carótida y la de la cerebral anterior, al mismo tiempo.

Otro dato a comentar por su interés es la presentación de trastornos iniciales de retinopatía hipotónica. Esta hipotonía secundaria a la estenosis carotídea viene demostrada por la baja acusada de la tensión arterial retiniana en el lado afecto.

- ← Fig. 1. — Dibujo del fondo de ojo del lado derecho, en el que se aprecia un microaneurisma peripapilar y una sufusión hemorrágica. — Fig. 2. Ficha vascular del enfermo. — Fig. 3. Arteriografía carotídea de perfil. Se aprecia la estenosis carotídea y la falta de relleno de la cerebral anterior. — Fig. 4. Se aprecia, en la arteriografía anteroposterior, la falta de relleno de la arteria cerebral anterior.

En un enfermo, no diabético, la presencia de un microaneurisma y de una sufusión hemorrágica habrá que atribuirla lógicamente al déficit de riego sanguíneo, que produciría alteraciones de la pared vascular.

Esta observación sería una confirmación más de que solamente en el caso de que el déficit de aporte sanguíneo sea lento y paulatino se establecerán estos cuadros oftalmoscópicos que nos recuerdan los que se encuentran, por ejemplo, en las fases iniciales del síndrome de Martorell-Fabré.

En cambio, en las trombosis carotídeas, sobretodo de carótida interna completa y de presentación rápida, es rara la presentación de estos cuadros retinianos. O no se encuentran trastornos oftalmoscópicos o bien se presenta una atrofia óptica sola. Incluso esta atrofia óptica parece más frecuente en trombosis de la carótida primitiva que de la carótida interna, probablemente por el importante papel que desempeña el aporte sanguíneo por las anastomosis a través de la carótida externa.

Para valorar, pues, estos cuadros oftalmoscópicos habría que tener en cuenta dos factores, la rapidez de instauración de la isquemia y la posibilidad de aporte sanguíneo al ojo a través de las anastomosis con la arteria oftálmica por vasos dependientes de la carótida externa.

Addendum. — Agradecemos al Dr. Valls-Serra (Director del Departamento de Angiología del Servicio del Prof. Pedro-Pons) y al Dr. Brenes, que se ocupó directamente de este caso, todas las facilidades que nos han dado para su estudio.

RESUMEN

El autor presenta un caso de claudicación de la pierna con características especiales, cuyo origen radica en un proceso vascular cerebral.

SUMMARY

The author presents a case of intermittent claudicación of the leg of cerebro-vascular origin.

BIBLIOGRAFÍA

- CODINA-ALTÉS, J.; PIJOAN DE BERISTAIN, C.; CASARES-POTAU, R. — *Claudicación intermitente del sistema arterial cerebral.* "Actas del Inst. Policlínico de Barcelona". XIII; 5; 94; mayo 1959.
- MILLIKAN, CH.; SIECKERT, R. G. — *The syndrome of the intermittent insufficiency of the carotid arterial system.* "Proc. Staff Meet. Mayo Clin." 30; 186; 1955.
- PADRÓS, W. — *Trombosis carotídea asintomática.* "Practica Med. Quirurg. Internacional". III; 17; sep., oct., nov., 1961.
- PUNCERNAU, R. — *Trastornos oftalmológicos consecutivos a las diversas obliteraciones de los troncos supraórticos.* "Anales de Med.", XLIV; 1; marzo 1958.
- PUNCERNAU, R. — *La sintomatología oftálmica de las diversas trombosis carotídeas.* "Tesis Doctoral. Facultad de Medicina. Universidad de Barcelona", julio, 1959.
- REINECKE, R. D.; KUWABARA, T.; COGAN, D. G.; WEIS, D. R. — *Retinal Vascular Patterns. Part. V. Experimental isquemia of the Cat Eye.* "Arch. of Ophthalmol." 67; 470; 1962.
- WALSH, F. B. — "Clinical Neuro-Ophthalmology". Williams and Wilkins, Baltimore 1957.