

la enfermedad. Las ORAR y la hipoacusia pueden preceder, acompañar o seguir a la encefalopatía, pero es esta última la que domina el cuadro clínico y determina el tratamiento.

Se describe una variante con oclusiones de rama arteriolar recurrentes, que es menos severa y de curso más prolongado. Se caracteriza por episodios recurrentes de vasculopatía retiniana, ausencia de signos clínicos de compromiso activo cerebral o coclear y RM cerebral con mínimas anormalidades o normal. No está clara la duración de esta variante.

**Pérdida auditiva:** La hipoacusia puede ocurrir en cualquiera de las dos variantes descritas de la enfermedad, y se debe a microinfartos de la cóclea y se asocia a tinitus y vértigo. Es necesario realizar audiometría, y en pacientes encefalopáticos no colaboradores los potenciales evocados de tronco cerebral pueden ser útiles.

**Anticuerpos anti células endoteliales:** Se ha reportado un caso con SS y anticuerpos anti células endoteliales. Se desconoce su valor.

**Tratamiento:** La forma encefalopática debe ser tratada precoz y agresivamente. Debe mantenerse la inmunosupresión de manera sostenida. Se inician pulsos de metilprednisolona, seguidos de prednisona en tapering lento. Concomitantemente se inicia inmunoglobulina intravenosa a intervalo mensual durante 6 meses. En las primeras semanas debe iniciarse inmunosupresión. Las opciones son micofenolato mofetilo o ciclofosfamida, siendo esta última la elegida en casos más severos. También puede considerarse la utilización de aspirina.

La variante de ORAR recurrentes se trata con pulsos de metilprednisolona seguidos de prednisona a dosis lentas decrecientes en el momento de vasculopatía retiniana activa. Durante la primera semana se debe iniciar micofenolato mofetilo o azatioprina. También se puede utilizar inmunoglobulina intravenosa en el episodio agudo.

El monitoreo del tratamiento puede realizarse con RFG seriadas a las 0, 2, 6, 10 y 14 semanas, y luego cada 2-3 meses.

Se menciona además para fines académicos, de investigación y apoyo al paciente y su familia el website del grupo de estudio de esta enfermedad (<http://www.ucalgary.ca/susac>).

---

## Comentario

Esta revisión describe las características del SS, una entidad rara y poco frecuente. Destacamos el valor de realizar un examen físico completo con evaluación meticulosa del fondo de ojo. Como estudios complementarios es importante realizar, en todos los casos sospechados, RM cerebral con difusión, sagital Flair y T1 con y sin gadolinio, y una RFG.

El diagnóstico precoz permite un tratamiento inmunosupresor agresivo y sostenido, y esto mejora el pronóstico de la enfermedad.

Lucía V. Schottlaender

FLENI, Buenos Aires, Argentina.

---

# Fibrilación auricular oculta en el accidente cerebrovascular isquémico: Buscad y hallaréis

## Occult atrial fibrillation in ischemic stroke: Seek and you shall find

---

Tayal AH, Callans DJ. Occult atrial fibrillation in ischemic stroke: Seek and you shall find. *Neurology*. 2010;74:1662-3.

---

### Resumen

Frecuentemente los médicos evalúan pacientes con reciente diagnóstico de accidente cerebrovascular (ACV) isquémicos o ataques isquémicos transitorios (AIT) y realizan pruebas diagnósticas, hallando sólo en un tercio de los casos una etiología clara demostrable. El ACV criptogénico sigue siendo una categoría diagnóstica de exclusión y abarca una amplia gama de pacientes con variables factores de riesgo, comorbilidad y patrones radiológicos de infarto cerebral.

Por el contrario, la fibrilación auricular (FA) es una causa común y bien definida de accidente cerebrovascular isquémico;

representa el 50% de ictus cardioembólico y el 10% de todos los ACV isquémicos. En aproximadamente el 25% de los pacientes con FA es intermitente, a menudo asintomática y no detectable por los métodos habituales.

En pacientes inicialmente diagnosticados como ACV criptogénico o AIT, posteriormente se puede encontrar FA intermitentes, lo cual sugiere garantizar los métodos de detección de la misma por su implicancia terapéutica. El método óptimo de detección de la misma es la telemetría.

La FA paroxística (FAP) posee un riesgo similar a la FA continua, sin embargo, los pacientes que padecen FAP tienen un amplio espectro en cuanto a la frecuencia y duración de la misma, motivo por el cual no todos presentan el mismo riesgo de tromboembolismo.

La tasa de detección de FA nueva mediante monitoreo Holter de 24-72 h en pacientes internados con diagnóstico de ACV isquémico fue del 4,6%.

En los pacientes con Holter de 24 h negativos, el registro ambulatorio extendido a 7 días con ECG logra detectar FA en el 5,7%. Y en pacientes externos con diagnóstico de ACV isquémico criptogénico bajo monitoreo continuo de 21 días, se detectó FA no sostenida en el 23% de los casos. Un registro de monitoreo seriado de 7 días, a los 0, 3 y 6 meses posterior al evento, detectó FA en el 26% de los pacientes.

Un estudio prospectivo observacional sobre la tasa de eventos auriculares elevados (FA no sostenida breve) en pacientes sin antecedentes de arritmias monitoreados con marcapasos durante 27 meses mostró que periodos de FA no sostenida mayores a 5 min son predictores independientes de ACV no fatal, FA sostenida y muerte.

Posteriormente, otro estudio observacional sobre riesgo de tromboembolismo relacionado con taquicardia auricular (TA)/FA, detectados por marcapasos, en pacientes bajo seguimiento prolongado, con una media de 1,4 años, reportó que una tasa de TA/FA baja (<5,5 h) en un mes representaba un riesgo bajo de tromboembolismo en dicho periodo, lo que sugiere que el cociente TA/FA es una función cuantitativa de riesgo de ACV.

Según un estudio de Gaillard y colaboradores, de detección de FA paroxística por monitoreo ECG transtelefónico (MTT) posterior al diagnóstico de ACV o AIT, en pacientes sin antecedentes de FA y con Holter de 24 h negativo, mostró una tasa de detección de FA paroxística nueva del 9,2%, con una duración de entre 4 y 72 h. La mayoría (77,8%) de los eventos fueron asintomáticos. Sin embargo, una posible limitación del estudio corresponde a la falta de ecocardiograma transesofágico en todos los pacientes.

## Comentario

La evidencia hasta la fecha sugiere que tanto el aumento de la duración y la periodicidad de los controles, como así el uso de algoritmos de detección de arritmias, aumenta la probabilidad de encontrar FA ocultas, la mayoría de las cuales son asintomáticas y de corta duración. Estos episodios no parecen tener la suficiente duración para desarrollar un tromboembolismo, sin embargo se asocian a eventos de mayor duración y confieren un riesgo significativo para desarrollar FA persistente y ACV recurrente.

Se necesitan estudios prospectivos controlados para evaluar la duración de monitoreo por telemetría en el seguimiento de pacientes con diagnóstico de ACV isquémico, para caracterizar mejor el peso de la FA y la historia natural de la enfermedad.

Por otro lado, si bien el MTT en países europeos implica menores costos que el Holter de 24 h, se necesitan estudios de costo-efectividad para determinar tanto el costo de monitoreo, del tratamiento y los potenciales beneficios de la anticoagulación en ACV recurrentes.

Juan Pablo Zorrilla

*Residencia de Neurología, Servicio de Neurología, Hospital Privado de Comunidad, Mar del Plata, Argentina*

# Lacosamide como terapia adjunta para convulsiones de inicio parcial: Resultados de eficacia y seguridad de un estudio aleatorizado y controlado

## Adjunctive lacosamide for partial-onset seizures: Efficacy and safety results from a randomized controlled trial

Halász P, Külviläinen R, Mazurkiewicz-Beldzifska M, Rosenow F, Doty P, Hebert D, et al. Adjunctive lacosamide for partial-onset seizures: Efficacy and safety results from a randomized controlled trial. *Epilepsia*. 2009;50:443-53.

### Resumen

El objetivo del estudio es evaluar la eficacia y la seguridad de lacosamide (200 y 400 mg/día) como terapia añadida a uno de tres fármacos antiepilépticos concomitantes.

Se trata de un estudio doble ciego, controlado con placebo, aleatorizado y multicéntrico, llevado a cabo entre junio de 2004 y enero de 2006. Los criterios de inclusión fueron: edad entre 16 y 70 años, con diagnóstico de convulsiones de inicio parcial con o sin generalización secundaria; debían tener EEG y neuroimagen compatible con el diagnóstico clínico a fin de descartar lesiones estructurales progresivas o encefalopatía progresiva. Para el enrolamiento los pacientes debían presentar al menos cuatro crisis de inicio parcial en 28 días, sin periodo libre de crisis mayor a 21 días durante las 8 semanas previas al enrolamiento y en las 8 semanas del periodo basal. Se requería una dosificación estable de los fármacos en las cuatro semanas previas al enrolamiento.